

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

426

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Edmond ARBEIT

Né à Belfort, le 14 novembre 1889

Ancien interne des Hôpitaux

LES

SYNDROMES GASTRALGIQUES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

ETUDE CLINIQUE

Président : M. GUILLAIN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

5, RUE RACINE, 15

—
1924

480

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N° 426

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Edmond ARBEIT

Né à Belfort, le 14 novembre 1889
Ancien interne des Hôpitaux

LES

SYNDROMES GASTRALGIQUES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

ETUDE CLINIQUE

Président : M. GUILLAIN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

I. — PROFESSEURS



	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment ^{le} .
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERRER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infan-
tile.
LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.

MM.

OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale in-
fantile.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
N.....	
LEDOUX-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE MAURICE

Capitaine au 279^e d'Infanterie
Mort de ses blessures à 22 ans
le 11 novembre 1918

AVANT-PROPOS

Au terme d'études médicales interrompues durant de longues années, il m'est particulièrement agréable d'adresser à M. le Professeur Guillain, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, l'hommage de tous mes remerciements. Ayant eu la fortune d'assister, dans l'hiver 1917-1918, à ses leçons de Pathologie de Bouleuse, je trouvais auprès de lui le meilleur accueil au retour de la guerre. M. Guillain a été pour moi le maître le plus affectionné, le guide le plus sûr, dont l'influence a été décisive sur ma formation. Qu'il trouve ici l'expression de ma parfaite reconnaissance.

Après avoir eu à déplorer la mort prématurée de mes premiers maîtres, Launois, Guinard de si tragique mémoire, j'ai à cœur de témoigner aujourd'hui toute ma gratitude à ceux qui m'ont soutenu de leurs conseils ou honoré de leur amitié: MM. Auvray, Chirurgien de Laennec, Demelin, Accoucheur de la Maternité, P. Thiery, Chirurgien de la Pitié; et parmi les médecins, dont j'ai été plus longuement l'élève: MM. Comby, Médecin honoraire des Enfants-Malades, Ravaut, Médecin de Saint-Louis, H. Barbier, Médecin de l'Hôpital Hérold, Claisse, Médecin de l'Hôpital Laennec, et Laignel-Lavastine, Médecin de la Pitié.

Devenu l'interne de M. Enriquez, et désireux de

poursuivre l'étude de la gastro-entérologie, je trouvais dans le cadre d'un grand service de médecine générale, l'installation radiologique indispensable, les conseils de collaborateurs spécialisés, l'unité de vues assurée avec la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière; et par-dessus tout, la direction éminente et l'affection d'un maître auquel je garde le plus profond dévouement. M. Enriquez retrouvera dans ces pages bien des idées qui lui sont chères, bien des notions dont il a été le promoteur, ou dont il a précisé l'importance: la faveur qui les accueille en dehors de son Ecole est le meilleur témoignage qui puisse être rendu à la haute portée de ses conceptions pathologiques.

LES SYNDROMES GASTRALGIQUES D'ORIGINE APPENDICULAIRE

ETUDE CLINIQUE

A mesure que s'étendait la notion de l'appendicite chronique, l'étude de ses formes dyspeptiques signalées par Talamon, Walther et ses élèves, gagnait en importance et en précision. Aux formes atoniques primitivement décrites, on ajoutait peu à peu des formes hypersthéniques ; le cadre s'élargissait, et les discussions des auteurs anglo-américains à la suite des travaux des frères Mayo, de Moynihan, Fenwick, Paterson, montraient la fréquence des types pseudo-ulcéreux. Depuis lors, de grands progrès ont été accomplis en gastrologie ; la question de l'ulcus a été à l'ordre du jour dans les différents pays. L'étude des appendicites chroniques à forme gastrique devait nécessairement profiter des précisions acquises dans le domaine clinique et radiologique, ainsi que des connaissances nouvelles concernant la pathologie vésiculaire.

D'autre part la notion des lésions de péri-appendicite, la fréquence de l'épiploïte signalée par Walther, intervenait pour montrer la complexité des facteurs anatomiques. L'existence des séquelles post-opératoires, reproduisant parfois les symptômes de la dyspepsie initiale, et dont M. Enriquez a tracé un

tableau d'ensemble, met en question le rôle de ces lésions dans le développement ou la persistance des troubles dyspeptiques. La simple appendicectomie peut laisser subsister des altérations inflammatoires qui continuent à évoluer pour leur propre compte. L'étude des séquelles, inséparable de celle de la maladie primitive, complète et éclaire les problèmes pathogéniques.

Nous avons tenté de présenter une étude générale des déterminations gastriques de l'appendicite chronique, avec leurs moyens actuels de diagnostic. Nous avons utilisé un nombre important d'observations prises dans le service du Dr Enriquez, et nous rapportons de préférence les cas ayant fait l'objet d'une exploration large à l'occasion de leur traitement chirurgical. Nulle part en effet la collaboration médico-chirurgicale n'est plus indispensable ni plus féconde que dans le domaine de la gastro-entérologie. Qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le Professeur Gosset et à ses collaborateurs toute notre reconnaissance pour les renseignements de haute valeur qu'ils ont apportés dans cette étude, et qui contribuent pour une large part à éclaircir une question délicate de la pathologie digestive.

PREMIÈRE PARTIE

TABLEAU CLINIQUE

I

APPENDICITES CHRONIQUES

A SYNDROME GASTRIQUE

Les formes cliniques d'appendicite chronique que nous envisageons dans cette étude sont celles où la symptomatologie gastrique occupe la première place. Sans doute, les troubles gastriques, de même que les troubles intestinaux, sont constants dans les nombreuses formes qu'on a décrites. La dyspepsie gastro-intestinale fait partie intégrante de toute appendicite chronique, et si nous devions retenir dans cette description tous les cas où on peut retrouver une atteinte plus ou moins accentuée du fonctionnement stomacal, nous serions amenés à énumérer successivement toutes les formes cliniques d'une maladie qui présente de multiples aspects. C'est ainsi qu'on rencontre à des degrés divers la dyspepsie gastrique dans les formes douloureuses, permanentes ou à rechutes, où la douleur iliaque est le principal symptôme ; dans les formes intestinales, entérocolitiques ; dans les formes hépatiques, pelviennes, lombaires, urinaires, etc. La dyspepsie est souvent très atténuée, mais cependant décelable dans les cas où prédomine l'infection générale, avec

ou sans fièvre, et dont l'aboutissant est la forme pseudo-tuberculeuse ; dans les formes nerveuses dites neurasthéniques, migraineuses, céphalalgiques. Elle est un élément qui permet de dépister celles qui égarent le diagnostic par leur aspect anormal : forme « à surprise », simulant la coxalgie, la sciatique, ou se manifestant par de l'asthme (Enriquez, Gutmann). Ces multiples combinaisons symptomatiques ne doivent jamais être perdues de vue quand on étudie une forme en particulier, et il ne faut pas oublier le caractère parfois arbitraire des classifications.

Quelle que soit la nomenclature adoptée, tous les auteurs signalent l'existence de formes gastropathiques. Bien souvent les signes dyspeptiques sont simplement énumérés, les uns à la suite des autres ; en raison de leur variabilité et de leur caractère de réaction à distance, on n'attache que peu d'importance à leur mode de groupement ; et on conclut que les symptômes gastriques sont avant tout très variables, et échappent à toute systématisation, le seul fait constant étant leur prédominance.

En réalité on peut tenter un essai de classification, et sans entrer dans une schématisation excessive, on voit que les dyspepsies appendiculaires ne diffèrent pas des tableaux habituellement tracés dans l'étude classique des dyspepsies. Bérard et Vignard décrivent, dans le cadre de la forme dyspeptique gastro-intestinale de l'appendicite chronique, un type répondant à l'atonie gastro-intestinale avec hypopepsie, et une forme gastrique et duodénale, simulant l'ulcère de l'estomac ou l'ulcère du duodénum. Girou distingue une forme hypopeptique avec atonie gastrique, et une forme d'ulcère de l'estomac, puis des types où prédominent les vomissements : forme des petits vomisseurs, vomissements cycliques (ces

deux variétés s'observant chez les enfants), vomissements incoercibles. Mathieu et J.-Ch. Roux, dans leur description des gastropathies appendiculaires les divisent d'après leur conception étiologique, en gastropathies appendiculaires réflexes et ulcérations pyloro-duodénales consécutives à l'appendicite, gastropathies appendiculaires toxiques, gastropathies appendiculaires consécutives à des troubles mécaniques de l'évacuation intestinale.

Nous nous en tiendrons, au point de vue clinique, à la vieille classification qui a fait ses preuves, en *dyspepsie hypersthénique* et *dyspepsie asthénique*, selon que paraît prédominer l'état d'hyperexcitabilité, ou l'état de dépression de l'innervation gastrique. Sans doute les critiques touchant le caractère nécessairement schématique de la division classique s'appliquent aux dyspepsies appendiculaires, comme aux dyspepsies dites essentielles, comme à la dyspepsie ulcéreuse. Les signes des deux types s'entremêlent ou se succèdent bien souvent ; il y a de nombreux cas frustes. Mais la réalité clinique des deux grands syndromes ne saurait être contestée : et si, avec M. Enriquez, nous préférons le terme de dyspepsie hypersthénique créé par Soupault, à celui d'hyperchlorhydrie, cela tient à l'inconstance du trouble invoqué dans la pathogénie de cette forme. En revanche le terme d'hypersthénie « rappelle dans son ensemble l'état d'excitation de toute l'innervation gastrique, portant à la fois dans le triple domaine de la sécrétion, de la sensibilité et de la motilité » (Enriquez). Ce type répond à l'« hyper-sécrétion » des auteurs anglo-américains. Il est d'autre part l'élément fondamental de ces *syndromes du carrefour sous-hépatique* (Enriquez et Carrié) que nous retrouverons à chaque pas, et dont l'appendi-

cite chronique est, avec beaucoup d'autres affections, l'une des causes les plus habituelles.

Les troubles fonctionnels stomacaux dominant la scène, c'est par leur analyse que doit nécessairement commencer l'interrogatoire du malade.

L'histoire des premiers troubles digestifs est souvent difficile à préciser. Il faut parfois se reporter très loin dans le passé pour en découvrir les premières manifestations. Nombreux sont les malades qui font remonter leurs troubles à plusieurs années, dix ans, quinze ans et plus. D'autres déclarent « avoir toujours souffert ». C'est souvent de la seconde enfance, ou de l'adolescence que date la dyspepsie, et après des alternatives diverses, l'affection allant s'aggravant, le malade vient consulter pour sa « dilatation d'estomac », ou son « ulcère d'estomac ». La plupart des observations d'une consultation de gastro-entérologie comme celle du Dr Enriquez à la Pitié, concernent des adultes jeunes, habituellement entre 20 et 35 ans, en majorité du sexe féminin.

On relève dans le passé des malades, souvent un ou plusieurs épisodes qualifiés *entérite*, qui paraissent à l'origine des premières manifestations. Quand on cherche à préciser, le malade se rappelle avoir eu à cette occasion des douleurs abdominales généralisées, à caractère de coliques, survenues souvent après une phase de constipation habituelle, et accompagnées de selles nombreuses, liquides, parfois muco-membraneuses ou dysentériques. L'évolution a duré plusieurs jours, ou même des semaines, avec un peu de fièvre, un état nauséux, parfois quelques vomissements. Puis tout est rentré dans l'ordre en apparence, avec persistance de constipation simple, ou de constipation avec débâcles. La

dyspepsie gastrique s'est installée un jour à l'occasion d'une crise de débâcle ; ou elle est apparue progressivement, en dehors de tout épisode intestinal. Parfois c'est brusquement à l'occasion d'une fatigue, d'un écart de régime, ou sans cause apparente, que le malade a ressenti tout-à-coup des douleurs épigastriques violentes, à caractère de crampe ou de brûlure. Ou bien c'est sous l'aspect d'une « indigestion » avec vomissements alimentaires ou bilieux que les accidents ont ouvert la scène : de ce jour, le régime digestif normal n'a plus pu se rétablir, et malgré restrictions et médicaments, le malade est parvenu à la dyspepsie confirmée.

Dans un certain nombre d'observations on rencontre un ictère à type catarrhal dans l'enfance, guéri sans traces apparentes ; ou la dyspepsie a débuté à la suite d'un ictère de courte durée. Nous aurons l'occasion de revenir sur le rôle et la signification possible de ces antécédents ictériques, quand nous serons amenés à envisager la participation du foie et de la vésicule biliaire aux états complexes qui constituent souvent les gastropathies appendiculaires.

Les maladies infectieuses à retentissement intestinal ou hépato-vésiculaire, comme la fièvre typhoïde, la dysenterie, doivent être systématiquement recherchées dans les antécédents des malades. La rougeole, la grippe, la scarlatine, la coqueluche, jouent un rôle par leurs infections secondaires. *Les végétations adénoïdes, les angines, les amygdalites à répétition* sont d'une fréquence remarquable, le fait ne saurait étonner, en raison des parentés de structure entre l'appendice et les organes lymphoïdes, entraînant des affinités pathologiques analogues ; de plus ces organes constituent une porte d'entrée pour les infections.

La connaissance de *crises aiguës ou subaiguës* d'appendicite a une grande importance pour confirmer le diagnostic étiologique de la gastropathie consécutive. Pendant longtemps on a considéré que l'évolution de l'appendicite chronique comportait obligatoirement des poussées aiguës ou subaiguës, dont l'état d'inflammation chronique n'était que le reliquat. Et à la vérité, on note dans bien des cas l'existence antérieure de crises typiques : on ne saurait mettre en doute le diagnostic porté à ce moment, confirmé par la description d'une localisation exacte de la douleur, avec contracture, fièvre, vomissements. Il s'agit alors d'appendicite chronique résiduelle. D'autres fois on est obligé de rester dans le doute, soit que le malade n'ait que des souvenirs imprécis, soit que l'ensemble des symptômes signalés soit trop peu caractéristique pour emporter la conviction. Ce n'est qu'avec une interprétation trop large et peu justifiée qu'on peut qualifier crises aiguës ou subaiguës les « indigestions », les « embarras gastriques fébriles », les crises entéro colitiques avec état nauséeux si souvent rencontrées dans les antécédents. Les états inflammatoires du gros intestin (typhlo-colites), les poussées d'épiploïte, de cholécystite, de périviscérite qui accompagnent ou compliquent si souvent l'appendicite chronique, sont d'ailleurs susceptibles de se traduire par des épisodes subaigus à caractère analogue. A vrai dire, la notion de crises aiguës n'est plus nécessaire pour porter un diagnostic légitime, l'existence de l'appendicite chronique d'emblée est actuellement acceptée par la grande majorité des auteurs, et confirmée par d'innombrables constatations anatomo-pathologiques et cliniques.

C'est ainsi qu'il existe de prime abord deux caté-

gories de malades : les uns ont eu des crises d'appendicite, ou attirent déjà l'attention sur la possibilité d'une appendicite en signalant des douleurs spontanées de la fosse iliaque droite ; les autres, et c'est le plus grand nombre dans la catégorie d'appendiculaires que nous étudions, laissent complètement dans l'ombre toute manifestation douloureuse iliaque et sont tout entiers à la description de leurs troubles gastriques.

Ceux-ci, nous l'avons dit, réalisent les deux types principaux de la dyspepsie, et il semble qu'on les rencontre avec une fréquence à peu près égale. La dyspepsie hypersthénique étant plus bruyante, plus caractéristique avec ses manifestations parfois violemment douloureuses, est de beaucoup la plus fréquente dans les observations que nous avons rapportées. Mais ce sont aussi celles dont la symptomatologie est le plus exclusivement gastrique ; par les problèmes diagnostiques qu'elles ont soulevés, elles ont donné lieu aux constatations opératoires les plus étendues. Les formes atoniques, avec signes iliaques imposant d'emblée la conviction, se rapprochent davantage du type moyen, habituellement choisi dans la description de l'appendicite chronique : elles ont suscité moins de difficultés de diagnostic, et leur traitement chirurgical par la voie habituelle n'a pas amené en général d'exploration stomacale.

1° Dyspepsie gastrique hypersthénique

Cette forme, très commune dans l'appendicite chronique, se retrouve également avec une grande fréquence chez les malades opérés qui continuent à souffrir, et qui présentent ces états complexes que

M. Enriquez a groupés dans son étude des « séquelles de l'appendicectomie ». Sans discuter pour le moment la pathogénie de ces troubles dyspeptiques qui peuvent s'observer dans un grand nombre de lésions, soit de l'estomac, soit des organes voisins (duodénum, vésicule, épiploon, appendice), signalons qu'ils correspondent aux cas habituellement décrits comme simulant l'ulcère gastrique ou duodénal.

Le syndrome clinique ne se constitue pas généralement d'emblée. Avant de se présenter sous sa forme la plus typique, il est l'aboutissant d'une phase plus ou moins longue où le malade se plaint au cours de sa digestion de sensations anormales qui se précisent peu à peu. Ce sont d'abord des pesanteurs après le repas, immédiatement ou au bout d'une heure, une sensation de barre épigastrique transversale, une impression de gonflement avec météorisme, et éructations, des renvois acides, l'état nauséux, parfois des vomissements. Et de véritables douleurs surviennent. C'est avant tout leur *caractère tardif*, qui confirme l'évolution de la dyspepsie vers le type hypersthénique. Elles constituent le *syndrome pylorique* de Soupault. Les différentes modalités du paroxysme douloureux tardif ne sauraient échapper, si on s'astreint à diriger l'interrogatoire du sujet en le précisant pour ainsi dire heure par heure au cours du cycle des vingt-quatre heures.

Le petit déjeuner est quelquefois, mais rarement, suivi d'une douleur vers la fin de la matinée. Le déjeuner et le dîner sont souvent suivis d'une douleur immédiate s'atténuant ou disparaissant au bout d'une demi-heure à une heure, et subissant une poussée nouvelle de trois à cinq heures après la fin du repas.

De nombreuses comparaisons sont utilisées par

les malades pour caractériser la gastralgie : le plus souvent ils la décrivent comme une brûlure, ou une crampe douloureuse ; d'autres fois, comme une sensation de tiraillement, de torsion, de plaie à vif ; elle peut être térébrante, ou transfixiante. L'intensité des paroxysmes douloureux éveille l'idée de la gastralgie ulcéreuse. Plus atténuée, elle donne une sensation de tension ou de pesanteur douloureuse.

La douleur siège au creux épigastrique, à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, point habituel de toutes les caelialgies. Mais bien souvent les malades indiquent spontanément un point maximum siégeant un peu à droite de la ligne médiane, un peu au-dessous du rebord costal, dans cette zone du carrefour sous-hépatique où se juxtaposent le pyllore, le duodénum et la vésicule biliaire. Cette localisation à droite fait soupçonner une lésion pylorique ou duodénale.

Les *irradiations* peuvent être dorsales comme dans l'ulcère : douleur en broche (obs. VI, XXVIII, X V, XLVII), ou lombaires ; elles peuvent correspondre à l'hypocondre droit (obs. I, XIV, XXXIII), donnant l'idée d'une participation de la vésicule. Mais le plus habituellement, et c'est là un premier signe distinctif important, les douleurs irradient vers l'abdomen, autour de l'ombilic, et à la fosse iliaque droite. Quand la douleur est très étendue le malade a la sensation d'éprouver à la fois des coliques et des crampes d'estomac. La douleur iliaque est ainsi parfois spontanément accusée, mais dans d'autres cas elle n'est mise en évidence que par l'examen. L'irradiation ascendante rétro-sternale ou œsophagienne est quelquefois signalée, s'accompagnant de sialorrhée, de sensation de brûlure ou de gêne à la déglutition.

La crise douloureuse tardive a une durée variable : tantôt violente et courte, elle dure quelques minutes, tantôt elle se prolonge une heure ou plus, disparaissant ensuite spontanément, ou se prolongeant jusqu'au repas suivant.

Et ici apparaît un caractère important : elle est habituellement calmée par l'alimentation. L'appétit de ces malades est en général conservé, et parfois exagéré. S'ils restreignent souvent volontairement leur alimentation, c'est par crainte de souffrir, car beaucoup remarquent que les repas copieux sont suivis de douleurs tardives plus violentes : certains malades évitent le paroxysme douloureux nocturne en ne faisant qu'un dîner très léger. Dans beaucoup d'observations, nous avons relevé la *faim douloureuse*. Cette sensation accompagne en général la douleur tardive, ou lui succède, et pousse le sujet à s'alimenter aussitôt. Un de nos malades, sujet à 4 heures de l'après-midi à une crise brutale et violente, interrompt aussitôt son travail et va en toute hâte à la crèmerie voisine prendre un croissant et un verre de lait, qui le soulagent immédiatement. Quelquefois la sensation de faim impérieuse constitue à elle seule tout le syndrome tardif, à l'exclusion de toute autre sensation douloureuse (obs. XLVI). Certains malades prennent spontanément l'habitude des petits repas fractionnés grâce auxquels ils évitent toute crise douloureuse ; ils font ainsi régulièrement six ou sept repas dans les vingt-quatre heures. D'autres ont en permanence à leur portée un peu de pain, du chocolat, un biscuit, qu'ils mangent au premier signe de la crise. Souvent l'appétit exagéré disparaît dès l'ingestion des premières bouchées, et la ration alimentaire totale est très faible.

En dehors de l'alimentation, les alcalins, la bella-

done, le bismuth, le kaolin, les bromures, l'huile d'olives, diminuent dans une certaine mesure la gastralgie, mais d'une façon cependant beaucoup moins constante, et moins nette que dans l'ulcère : c'est l'échec de cette thérapeutique symptomatique qui conduit habituellement les malades à accepter l'intervention. En revanche, comme dans la plupart des dyspepsies, l'usage de certains aliments, tels que les sauces grasses, les produits fermentés ou épicés, le vin, l'alcool, favorisent les paroxysmes. Le lait et les œufs nous ont paru souvent mal tolérés, mais il faut tenir compte de l'effet de ces aliments sur l'entérite parfois concomitante. Les laits fermentés sont en général mieux tolérés : un de nos malades a pris l'habitude de faire coaguler préalablement son lait en y ajoutant de la présure (obs. XVIII).

Certains malaises à horaire tardif, avec sensations de gonflement, de pesanteur, renvois acides, crises d'éruclations avec météorisme (M. E. Binet), peuvent être considérés comme les équivalents de la crise douloureuse habituelle. On admet actuellement que la douleur tardive traduit non pas une irritation due à un excès d'acidité, mais un trouble dans l'évacuation, momentanément arrêtée par l'exagération du spasme pylorique réflexe.

L'état *nauséux* nous a paru un élément habituel des gastropathies appendiculaires, aussi bien dans la forme hypersthénique que dans la dyspepsie atonique. Quelquefois il est pour ainsi dire permanent, créant une gêne de tous les instants et contribuant pour une large part à la dépression morale et à l'apathie que présentent les malades. Dans d'autres cas il est variable, existant le matin au réveil, ou après les repas, s'exagérant dans l'air confiné, dans les cahots des transports. La pâleur soudaine des

malades va souvent de pair avec la sensation nauséuse.

Nous verrons que l'état nauséeux est plutôt l'apanage des affections à retentissement péritonéal (péri-appendicite, cholécystite, périviscérités ou épiploïte) que de l'ulcus non compliqué.

Les *vomissements alimentaires* sont fréquents : la plupart du temps ils surviennent épisodiquement, sans régularité, sans cause apparente. Certains malades n'en ont jamais, d'autres les signalent au nombre de quatre ou cinq au cours de plusieurs années de dyspepsie ; tandis que pour beaucoup le « vomissement facile » va de pair avec l'état nauséeux. Quelquefois, les vomissements sont manifestement en rapport avec les paroxysmes douloureux, qu'ils viennent soulager : certains malades les provoquent eux-mêmes. Tandis que les vomissements précoces traduisent en général l'hyperesthésie de la muqueuse, ceux qui surviennent quelques heures après les repas, et marquent la fin de l'accès douloureux, sont en rapport avec le trouble d'évacuation. Mais ils n'ont ni la régularité, ni la constance des vomissements observés dans les syndromes pyloriques des ulcéreux, et jamais ils ne prennent un caractère aussi tardif que dans les sténoses en voie de constitution. Dans certains cas le symptôme vomissement prend une importance de premier plan, au point que l'intolérance gastrique devient un phénomène inquiétant : on a alors le tableau de véritables crises gastriques avec vomissements incoercibles : tout aliment, toute gorgée d'eau étant immédiatement rejetée.

L'hypersecrétion stomacale se traduit également par des vomissements muqueux, à caractère de pituites matinales, parfois teintés de bile, par des

régurgitations aqueuses ou acides de liquide clair agaçant les dents.

Les symptômes nerveux ou vaso-moteurs, en relation avec les troubles gastriques, sont moins prononcés que dans les formes atoniques ; on note cependant les palpitations, les bouffées de chaleur, les battements épigastriques, la somnolence et les différents malaises post-prandiaux (pesanteur, éructations).

Le groupement des symptômes caractérisant la dyspepsie hypersthénique est variable : entre le syndrome pylorique typique et les phénomènes tardifs ébauchés, il existe tous les intermédiaires. Habituellement le syndrome tardif se constitue après une phase de douleurs précoces de caractère banal : on retrouve souvent ces douleurs immédiates, d'hyperesthésie muqueuse, à un degré plus ou moins accentué coexistant avec le syndrome pylorique : il y a ainsi deux phases douloureuses au cours de la digestion. D'autres fois la douleur tardive existe seule.

L'évolution des troubles gastriques se fait par *crises*, séparées par des intervalles de santé, parfois normale en apparence : c'est un point de ressemblance avec l'évolution des ulcères. On trouve souvent quelques semaines de crise, séparées par des mois d'accalmie. Mais quand l'affection va s'aggravant, la douleur peut devenir continue, existant dès le matin, et traversée de recrudescences l'après-midi et la nuit : il n'est pas rare que les vomissements suivent une marche parallèle à celle de la douleur. Signalons dès maintenant, l'existence possible, quoique rare, d'*hémorragies digestives*, qui viennent accentuer la confusion possible avec l'ulcère : nous les envisagerons à l'étude du diagnostic.

2^o Dyspepsie gastrique asthénique, ou atonique

Ce type de dyspepsie dite aussi dyspepsie nerveuse (Leube), atonie gastro-intestinale néurasthénique (Bouveret), dyspepsie sensitivo-motrice (A. Mathieu) paraît répondre cliniquement à l'insuffisance des fonctions gastriques, parallèle à l'asthénie générale de cette catégorie de malades. Il correspond au type le plus banal, où l'on retrouve le tableau de la « dilatation d'estomac à forme atonique » syndrome qui se rattache si souvent à l'appendicite chronique.

Les troubles fonctionnels gastriques sont variables. Dans les cas les plus légers, les sujets accusent après les repas soit immédiatement, soit au bout d'une demi-heure, une série de malaises plutôt que de véritables douleurs : ils se plaignent d'une sensation de pesanteur, de plénitude gastrique, avec météorisme parfois gênant au point de les obliger à déboutonner leur ceinture. Il existe quelquefois des impressions douloureuses, en particulier des brûlures, mais elles sont moins accusées que dans la forme hypersthénique, et leur horaire est très variable. Les éructations, les renvois acides, sont fréquents, il en est de même de l'état nauséux habituel aux appendiculaires. L'inappétence est courante, parfois cependant l'appétit est conservé et capricieux, mais les sujets diminuent leur alimentation pour atténuer leurs malaises.

Les phénomènes généraux qui accompagnent le malaise digestif sont surtout la torpeur, la somnolence, l'inaptitude à tout effort intellectuel ou physique, les troubles vaso-moteurs : bouffées de cha-

leur avec congestion des pommettes, tachycardie, palpitations, les sensations vertigineuses, la respiration profonde.

Cet état va en s'atténuant progressivement jusqu'à la fin de la digestion qui survient tardivement. L'évacuation stomacale est ralentie : cinq à huit heures après le repas il peut persister des résidus alimentaires.

A un degré plus avancé, les troubles s'accroissent avec inappétence absolue, langue sale, réalisant une véritable « dyspepsie buccale », les vomissements sont intermittents. Au contraire la dyspepsie peut être peu accentuée, les troubles d'allure névropathique dominant le tableau.

Dans les deux variétés de dyspepsie gastrique, il existe quelques *troubles intestinaux* d'une façon à peu près constante : le plus fréquemment accusé est la constipation habituelle, parfois opiniâtre conduisant le sujet à l'emploi régulier de laxatifs ou de lavages d'intestin souvent mal tolérés. Dans d'autres cas on observe de la constipation avec débâcles intermittentes, et les différentes variétés de la colopathie muco-membraneuse.

Les différents troubles dyspeptiques ne peuvent être interprétés que par leur association aux signes locaux appendiculaires que va révéler l'examen du malade.

EXAMEN DE L'ABDOMEN

L'aspect du ventre diffère selon le type dyspeptique et les étapes de l'affection. Chez les malades qui ont perdu peu de poids, et chez les hypersthéniques en particulier, la forme et la musculature

sont normales. Chez les amaigris et les atoniques, la peau est sèche et flasque ; la dilatation avec ptose stomacale et colique, jointe à l'affaiblissement musculaire, fait contraster à l'examen debout le profil déprimé de l'épigastre avec la saillie légèrement arrondie du bas-ventre. Sur le malade couché, on obtient dans ce cas habituellement le phénomène du clapotage à jeun. C'est également chez les atoniques que le ballonnement, avec météorisme et tympanisme peut s'observer au cours de la digestion.

Chez tous les malades on note à la fois deux centres de douleurs, l'épigastre et la fosse iliaque droite.

La *douleur épigastrique* est à peu près constante : l'hyperesthésie de la région solaire est un phénomène habituel au cours des affections douloureuses abdominales.

Chez les atoniques, même sans douleur spontanée, on trouve à la palpation sur la ligne médiane une zone douloureuse étendue entre l'appendice xiphoïde et un niveau variable, généralement à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. Chez les malades en état de dénutrition, à paroi dépressible, on se rend compte qu'elle siège au niveau du plexus caelique, comprimé entre les doigts et l'aorte dont on perçoit les battements. Cette palpation s'accompagne parfois d'une sensation nauséuse. La douleur provoquée varie depuis la sensibilité désagréable jusqu'à la souffrance vive qui arrache un cri. Rien ne différencie cette douleur de la caelialgie banale de toutes les dyspepsies.

Chez les hypersthéniques, qui accusent des crises spontanées violentes, la palpation est généralement très douloureuse, et la douleur est plus diffuse. Le maximum est tantôt à mi-distance entre l'ombilic et

l'appendice xiphoïde, tantôt à la même hauteur, à 2 à 3 centimètres à droite de la ligne médiane, dans la région du carrefour (fig. 2). La paroi abdominale est alors souvent contracturée et on sent la résistance des faisceaux supérieurs du grand droit. Parfois quand la paroi est assez relâchée, on peut percevoir la masse arrondie et mobile du pylore, dont la palpa-



Fig. 1. — Douleur au point de Mac Burney ; douleur solaire.



Fig. 2. — Points principaux : point de Mac Burney, point du carrefour sous-hépatique. Douleur intermédiaire et douleur solaire.

tion éveille une douleur très vive (obs. XVII). L'intensité de la douleur épigastrique spontanée et provoquée, avec contracture localisée, est parfois telle qu'elle constitue le phénomène dominant, et qu'elle éveille l'idée d'une lésion ulcéreuse. Il est bien difficile dans ce cas de rapporter le siège de la douleur à la région pyloro-duodénale ou à la vésicule : cependant la douleur vésiculaire siège en général un peu plus à droite, sur le bord externe du droit, immédiatement au-dessous des fausses côtes. La participation de la vésicule au syndrome du carre-

four est d'ailleurs fréquente (V. diagnostic avec la cholécystite).

La *douleur de la fosse iliaque droite* est le signe capital qui permet de suspecter l'origine appendiculaire de la gastralgie. Pour la rechercher, il convient de commencer la palpation par le côté gauche, pour comparer les sensations. Nous n'insisterons pas sur la description détaillée et la valeur respective des différents points douloureux de l'appendicite : point de Mac-Burney placé par l'auteur à 4 ou 5 centimètres de l'épine iliaque sur la ligne ombilico-iliaque, point de Lanz, à la jonction du tiers externe et du tiers moyen de la ligne intérépineuse, point de Moriss à 3 centimètres de l'ombilic sur la ligne ombilico-iliaque, etc... (1). Nous verrons que le contrôle radioscopique montre la variabilité des positions du cæcum, et nous savons que l'appendice lui-même occupe des situations variables par rapport au cæcum. Le syndrome appendiculaire est souvent net, en particulier dans les formes banales d'appendicite chronique, qui s'accompagnent de dyspepsie gastrique atonique. Le malade accuse spontanément un endolorissement ou une pesanteur permanente, ou une douleur plus transitoire et plus vive, apparaissant aux mêmes phases de la digestion ; on trouve alors une douleur superficielle et profonde localisée au point de Mac Burney, et un certain degré de contracture de la fosse iliaque droite. La netteté des signes permet un diagnostic facile.

Mais bien souvent il n'en est pas ainsi, aussi bien dans certaines formes atoniques que dans la plupart

1. V. Gutmann, *L'examen d'une appendicite chronique*. L'Hôpital, 1922, n° 71 ; G. Laroche, Brodin et Ronneaux, *Etude critique de l'appendicite chronique. Importance de l'examen radioscopique*. Presse méd., 8 avril 1922.

des dyspepsies appendiculaires hypersthéniques. La douleur spontanée est peu vive ou absente, ou elle n'existe que comme irradiation de la douleur épigastrique plus violente. La palpation superficielle n'éveille pas de douleur nette : elle permet seulement, par comparaison avec la fosse iliaque gauche, de déceler un très léger état de résistance de la paroi, qu'une palpation trop appuyée ne permet pas de percevoir. En revanche, la palpation profonde, méthodiquement pratiquée, comparativement avec les zones voisines et le côté gauche, provoque une douleur au point de Mac-Burney qui, pour avoir quelque valeur, doit réunir les caractères suivants : elle doit être précise, bien localisée, limitée, fixe, constante aux examens successifs, persistant pendant quelques minutes après la palpation sous forme de pesanteur douloureuse. Cette palpation détermine souvent de la pâleur, une légère sensation nauséuse, ou une douleur irradiée à l'épigastre ou à l'hypocondre droit. Il ne faut pas compter sur la perception, toujours d'interprétation douteuse, d'un « cordon appendiculaire ».

L'abolition du réflexe cutané abdominal (Sicard) ou sa diminution, constitue un bon signe qui va de pair avec la contracture légère de la paroi ; il en est de même de l'hyperesthésie cutanée. On recherchera également le signe de Rovsing (douleur de la région cæcale provoquée par la compression du côlon descendant).

Dans beaucoup d'observations, il existe, réunissant le point de Mac-Burney au point épigastrique, toute une zone douloureuse avec un point para-ombilical droit à 2-3 centimètres en dehors de l'ombilic. Cette douleur étagée de la fosse iliaque à la région du carrefour est un signe fréquent, mais

non absolu d'épiploïte, comme nous le verrons en étudiant les constatations opératoires. Il en est de même d'un point para-ombilical gauche, ou de la douleur symétriquement constatée du côté gauche : elle peut indiquer la propagation de l'inflammation chronique à la moitié gauche de l'épiploon. Ces points para-ombilicaux, dont le droit correspond au point de Moriss, sont pour Læper et Esmonet, F. Ramond, de simples points sympathiques mésentériques supérieurs, faisant partie de la zone solaire.

Quand il existe des poussées de colite, segmentaire ou généralisée, la recherche de la douleur provoquée est plus confuse. Dans ce cas tout le cæco-ascendant est douloureux, on peut le percevoir sous la forme d'une tuméfaction molle, parfois gargouillante. Tout le cadre colique peut être hyperesthésique, avec spasme perceptible du colon descendant et de l'S iliaque. Il est bien difficile dans ces cas de dire si la douleur iliaque droite est d'origine cæcale ou appendiculaire. Il importe de revoir le malade à des examens successifs, après avoir traité la colite par le régime végétarien, les mucilages, l'huile de paraffine, associés aux antispasmodiques (belladone, atropine). On peut alors voir graduellement disparaître l'hyperesthésie colique, et il ne subsiste que la douleur appendiculaire originelle, généralement atténuée, mais reconnaissable.

Si la douleur appendiculaire est habituellement constante et toujours retrouvée chez le même sujet, il n'en est pas toujours ainsi. Chez certains de nos malades assez longuement suivis pour un syndrome pylorique dont l'étiologie restait en suspens, la douleur iliaque n'a été nettement constatée qu'après plusieurs examens (obs. XVII). Dans l'observation I, la malade, a un jour, spontanément accusé l'apparition

d'une douleur de la fosse iliaque droite, après plusieurs semaines d'observation négative; l'intervention a confirmé l'absence de lésions chirurgicales gastriques, et l'appendicectomie a eu un résultat favorable. Dans ces cas douteux, la douleur appendiculaire peut se rechercher dans la contraction en flexion de la cuisse. Dans les cas de gastropathie appendiculaire ayant donné lieu à des erreurs de diagnostic (obs. XXIX, XXX, XXXII), aucun phénomène clinique de souffrance appendiculaire n'avait été noté.

Il est rare de constater dans ces formes d'appendicite chronique, surtout si elles ne succèdent pas à des crises aiguës, l'existence d'un véritable plastron de péritonite plastique, ou d'un empâtement diffus de la fosse iliaque. En revanche la constatation d'une tuméfaction douloureuse allongée de la région cæcale à la région sous hépatique, peut traduire la présence d'une inflammation du bord droit de l'épiploon.

AUTRES SYMPTOMES

Le retentissement des troubles digestifs et de l'infection appendiculaire sur la nutrition générale est sujet à de grandes variations. Nous avons vu que l'appétit est conservé ou exagéré chez beaucoup d'hypersthéniques, qui, de ce fait, peuvent maintenir à peu près leur poids normal. Cependant la restriction alimentaire que les malades s'imposent pour moins souffrir intervient pour une part dans l'amaigrissement, qui atteint fréquemment dans nos observations 10 kilogrammes et plus. Après une première chute de poids, le sujet se maintient ensuite à un poids stationnaire et insuffisant, à moins que la fré-

quence des vomissements n'accentue la dénutrition.

Le facies est non seulement amaigri, mais traduit l'infection, surtout dans les formes atoniques. On note alors chez le malade un amaigrissement et une pâleur spéciale du bas du visage, qui fait reconnaître le « masque appendiculaire » (Enriquez). Souvent un certain degré de cholémie persiste depuis l'enfance.

La langue est habituellement sale, elle est parfois humide et rouge chez les hypersthéniques.

Quand l'évolution amène un certain degré de cachexie, chez les atoniques, ptosiques, le tableau constitue la forme pseudo-tuberculeuse de l'appendicite chronique, où les signes infectieux sont prédominants (syndrome toxémique chronique de l'appendicite chronique) (Descomps).

La *fièvre*, que l'on signale habituellement comme un élément constant de la maladie, nous a paru manquer dans bien des cas, surtout dans ceux qui simulent l'ulcère. Mais souvent elle existe, soit dans les poussées subaiguës, soit d'une façon constante, la température du soir oscillant autour de 37°6 ou 37°8, dépassent rarement 38°.

Aux différents appareils, on peut rencontrer des symptômes dont la prédominance a conduit parfois à individualiser autant de formes cliniques. Le système nerveux est toujours atteint, et la dyspepsie engendre parfois un état de dépression morale, d'asthénie psychique et physique, d'idées hypocondriaques, qui fait qualifier ces sujets de « neurasthéniques ». On connaît d'ailleurs le retentissement de l'état moral sur la dyspepsie : les distractions, la vie au grand air, le repos, l'absence de préoccupations interviennent certainement comme facteurs d'amélioration, au cours des convalescences. Certains

opérés signalent la réapparition de quelques troubles dyspeptiques à la reprise de leurs occupations.

Nous avons signalé les troubles dits réflexes, vasomoteurs, cardiaques, qui apparaissent à l'occasion des manifestations dyspeptiques. La migraine s'observe parfois, et ses paroxysmes avec vomissements et céphalée tranchent sur le fond habituel de la dyspepsie. Dans certains cas, l'existence des troubles nerveux réalise le groupement décrit sous le nom de vagotonie, traduisant l'état d'hyperexcitabilité du vague. MM. Enriquez, Gutmann et Rouvière (1) étudiant la *vagotonie appendiculaire* lui rapportent la pâleur, la cryesthésie, la lenteur du pouls, l'état nauséeux, les vertiges et vomissements, les spasmes (pyloriques, coliques), les dyspnées asthmatiformes, tous symptômes qui subissent l'action de la belladone et de l'atropine, et cèdent à l'appendicectomie. L'étude du réflexe oculo cardiaque ne donne pas de résultats concluants ; en revanche, la pression de la région appendiculaire diminue l'amplitude des pulsations artérielles (réflexe appendiculaire hypotenseur, parallèle au réflexe solaire). Nous avons récemment observé une malade souffrant d'un point douloureux appendiculaire, et présentant par intervalles des crises syncopales avec pâleur, bradycardie légère avec extra-systoles, et violente douleur épigastrique transitoire.

L'existence de lésions pulmonaires, ou de pleurésie ancienne a une grande importance chez les appendiculaires et pose le problème, d'ailleurs cliniquement insoluble, de la nature tuberculeuse de l'appendicite chronique dans ces cas (obs. XI).

Les douleurs lombaires sont fréquemment signa-

1. Soc. méd. des Hôp., 16 déc. 1921.

lées, soit comme irradiations de la gastralgie, soit isolément. Elles peuvent être en rapport avec la ptose rénale : on la décèle fréquemment du côté droit, elle va de pair avec l'amaigrissement des malades.

Le toucher vaginal ne doit jamais être négligé pour dépister l'association fréquente avec la salpingo-ovarite.

La numération sanguine, pratiquée chez le malade à jeun, a permis de montrer la fréquence de deux catégories de modifications : l'augmentation totale du nombre des globules blancs avec polynucléose ; nombre à peu près normal, mais augmentation du pourcentage des mononucléaires. Ces modifications, décrites par MM. Enriquez et Antoine sont surtout notées dans les appendicites chroniques en poussées subaiguës, où elles traduisent le processus infectieux sous-jacent. La mononucléose appartient plutôt aux épiploïtes (V. diagnostic de l'épiploïte). La réaction leucocytaire va fréquemment de pair avec un certain degré d'hypertrophie de la rate, que peut révéler la percussion surtout sur le sujet en position debout.

COMPLICATIONS

Nous ne passerons pas en revue toutes les complications signalées dans l'appendicite chronique, et qui pourraient se retrouver dans les formes gastropathiques. Les adhérences épiploïques, les periviscérites peuvent engendrer l'occlusion aiguë, ou la subocclusion du colon droit par rétrécissement, brides, coudure, membranes de Jackson : les accidents du carrefour inférieur sortent du cadre de cette étude, où nous envisageons les rapports de l'appendicite chronique avec les affections du car-

refour sous-hépatique, à symptomatologie gastrique. Les ulcères, les affections vésiculaires, les périviscérites hautes, extensions ou complications de l'infection appendiculaire feront l'objet de chapitres spéciaux.

EVOLUTION

On peut observer parfois des poussées d'appendicite aiguë, ou subaiguë, avec recrudescence des vomissements, fièvre, accentuation de la douleur et de la contracture iliaque. Ces poussées facilitent alors le diagnostic étiologique de la gastralgie (obs. XLIX). Mais elles sont peu fréquentes, et l'appendicite chronique d'emblée reste la plupart du temps une affection continue et progressive.

Coupée de paroxysmes et d'accalmies, la dyspepsie est installée comme un état permanent dont l'élément appendiculaire est souvent très effacé. Elle reste de longues années stationnaire ou se complique peu à peu par l'extension des lésions.

CHIMISME GASTRIQUE

L'étude des modifications du chimisme n'apporte pas d'élément décisif au diagnostic de la gastropathie. Si, dans l'ensemble, le syndrome hypersthénique s'accompagne d'augmentation plus ou moins élevée du taux de l'acide chlorhydrique, d'où le nom d'hyperchlorhydrie donné autrefois au syndrome, il s'en faut de beaucoup que cette constatation soit constante. On trouve de nombreux cas à chimisme normal, ou même à hypochlorhydrie. Il en est de même

dans la forme atonique, où les résultats sont essentiellement variables.

L'intérêt de la recherche dans les cas qui nous occupent, serait de permettre le diagnostic avec l'ulcère, exceptionnellement avec le cancer. Or les résultats du chimisme dans les ulcères gastro-duodénaux sont également très inconstants. Les renseignements obtenus paraissent donc d'un intérêt minime pour le diagnostic. Après avoir été systématiquement pratiquée, la recherche est actuellement réservée à un petit nombre de cas dans le service du D^r Enriquez.

La radioscopie renseigne en général d'une façon plus simple sur l'existence de liquide à jeun, et l'étude de l'évacuation stomacale.

Le *tubage à jeun* rend cependant service pour apprécier la nature du liquide d'hypersécrétion, et la présence ou non de débris alimentaires.

Nous verrons à propos des cholécystites quelques renseignements fournis par le *tubage duodénal*.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Les progrès accomplis au cours de ces dernières années dans l'étude radiologique des affections gastriques, la méthode des radiographies en série duodénales, imaginée par Cole, étudiée par Akerlund, et introduite en France par Keller, permettent de préciser de plus près le problème des gastropathies appendiculaires.

Le mode d'examen radioscopique employé dans le service du D^r Enriquez est celui des trois repas de gélobarine, donnés respectivement dix-sept heures, treize heures, et neuf heures avant l'examen. Le

malade est examiné le matin, après une nuit de repos ; il a pris la veille ses repas aux heures habituelles, et il est à jeun à partir de la dernière prise de gélobarine. Le malade absorbe un dernier repas opaque sous l'écran et est examiné successivement debout, en décubitus dorsal, et ventral. L'importance de l'examen en position couchée est capitale pour l'étude de la région appendiculaire. L'examen ainsi pratiqué renseigne sur l'état de l'estomac et sur son évacuation, et également sur le transit et la forme du gros intestin ; il permet la localisation des différents points douloureux.

Dans ces conditions l'estomac ne contient habituellement plus trace de barym ; les repas ingérés occupent respectivement le cæcum, le transverse, et le côlon descendant ou le rectum. Mais bien souvent, et c'est là un signe indirect important du retard à l'évacuation gastrique, il existe neuf à dix heures après le repas, une stase plus ou moins importante dans les dernières anses iléales. C'est le *syndrome radioscopique gastro-iléal* du pylorisme (Enriquez et G. Durand). On le trouvera dans le quart des observations rapportées.

L'ingestion sous l'écran d'un verre de gélobarine permet de voir parfois l'existence d'un spasme du cardia, la drogue s'accumule dans l'œsophage et éprouve un retard à franchir le cardia. Souvent le liquide opaque tombe verticalement à travers une couche de liquide transparent : il existe du *liquide à jeun*, en quantité variable, tantôt abondante, évaluable à 100 centimètres cubes et plus, tantôt discrète (30 cmc.) Le signe est noté dans le tiers des observations.

L'estomac rempli présente plusieurs types différents :

Estomac de forme et de dimensions normales, cylindrique, orthotonique, dont les contractions débutent dans le délai régulier, avec le rythme et la profondeur normale ; pas de liquide. Ce n'est pas le cas habituel.

Dans les formes hypersthéniques, fréquemment l'estomac est hypertonique, petit, légèrement globuleux ou allongé, s'effilant en corne vers la région pylorique (fig. 8). Dans ce cas son axe est souvent fortement oblique à droite, déviation qui peut être due à l'existence d'adhérences pyloro-duodénales, ou à la traction exercée par une bride ou une épiploïte adhérente. Mais chez les individus musclés, dont le transverse est en situation haute, cette disposition est normale. Dès le remplissage, des contractions nombreuses et profondes, trois ou quatre ondes au moins sur l'ensemble de l'estomac, le segmentent en chapelet, progressent rapidement, réalisant le *syndrome de Barklay* : hypertonie, hyperkinésie, évacuation rapide. Ce syndrome se retrouve fréquemment dans l'ulcus duodénal. En vingt minutes quelquefois l'estomac est vide. Dans d'autres cas, l'évacuation d'abord rapide, se ralentit, et l'évacuation globale est retardée : on trouve encore un résidu gastrique au bout de six heures ; après neuf heures la stase iléale est la preuve du retard d'évacuation.

Plus fréquemment (fig. 3), toujours dans les formes hypersthéniques l'estomac légèrement forcé dans sa lutte contre l'obstacle du spasme pylorique réflexe, a subi un début de distension, et montre au repos la forme hypotonique. Il y a une légère dilatation segmentaire de l'antrum prépylorique, la portion verticale présente un léger étirement en sablier ; il existe une faible couche de liquide à jeun. Cette hypotonie au repos s'accompagne d'hyperkinésie

lors des contractions qui sont nombreuses et profondes. Leur rythme est souvent troublé, elles sont moins régulières que normalement ; à certaines périodes elle sont plus précipitées, puis il survient des phases de repos. Ces contractions ne sont pas

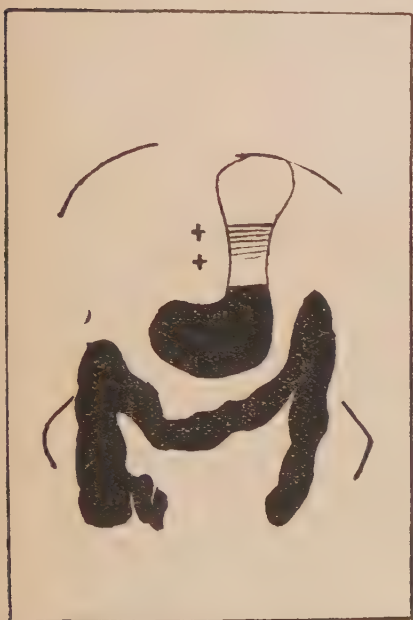


Fig. 3. — Station debout. Liquide à jeun. Dilatation de l'antrum prépylorique. Stase iléale. Douleur solaire.



Fig. 4. — En position couchée, pas d'ascension cæcale, douleur cæco-appendiculaire.

toujours efficaces et ne forcent pas à chaque fois le sphincter pylorique. Il peut y avoir 10 à 15 ondes inefficaces pour une seule bouchée franchissant le pylore (obs. I). Quelquefois les ondes paraissent totalement inefficaces, et sont suivies d'une longue phase de repos. L'évacuation globale est alors nettement retardée.

Si l'estomac faiblit, la dilatation prépylorique s'accroît, s'étend au bas-fond, et on trouve tous

les intermédiaires conduisant à l'atonie et à la ptose (fig. 5 et 6). C'est l'aboutissant des syndromes pyloriques appendiculaires déjà anciens; c'est aussi l'aspect habituel des dyspepsies appendiculaires atoniques, où la dilatation atteint un degré encore plus prononcé. On voit alors le bas-fond stomacal abaissé à 6 centimètres, 10 centimètres au-dessous

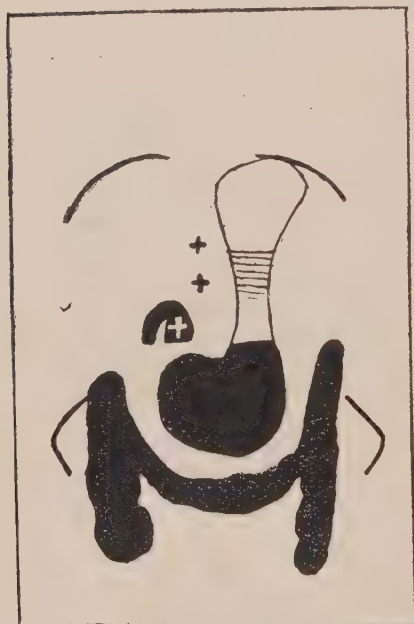


Fig. 5. — Station debout. Dilatation plus accentuée; contractions encore énergiques. Bulbe duodénal visible en permanence avec douleur localisée.

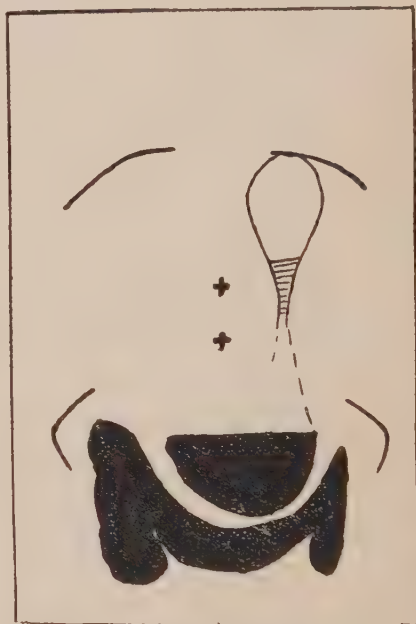


Fig. 6. — Image en cuvette. Atonie et ptose stomacale. Ptose colique.

de la ligne bisiliaque. L'étirement du segment vertical s'est accentué : il peut rester cylindrique, le niveau baryté surmontant de quelques centimètres la limite supérieure de l'antré; la couche de liquide peut atteindre 10 centimètres. Si la paroi est plus flasque encore, la petite courbure se plicature en son point déclive, et le bas-fond s'arrondit en sphère.

Un degré de plus et la dose normale de gélobarine ne remplissant que le bas-fond, dessine une cuvette à niveau supérieur horizontal. Quand le pylore est solidement maintenu en place et ne suit pas l'estomac dans sa ptose, l'antrum pylorique subit un allongement considérable, et le pylore occupe une position très haute par rapport au bas fond stomacal: c'est la dislocation pylorique de F. Ramond (1). Si la contractilité est encore souvent énergique dans le premier type, où l'évacuation s'amorce assez rapidement, elle diminue avec l'accentuation de la dilatation: dans les derniers termes l'organe reste longtemps inerte, l'évacuation est difficile à provoquer par l'expression manuelle, ou on obtient quelques ondulations à grand rayon: l'évacuation est alors très lente.

Il n'y a pas de correspondance absolue entre le type dyspeptique et les aspects radioscopiques: le type hypersthénique de la dyspepsie n'excluant pas la forme atonique de l'estomac (obs VI, XXX).

Dans une seule observation, est notée une stase barytée de plus de neuf heures: c'était chez une femme de 60 ans, chez laquelle ce signe majeur de sténose organique, joint à l'absence de signes appendiculaires, a amené une erreur de diagnostic (obs XXXI).

Dans certains cas on a pu observer des spasmes (obs XXV) ou des aspects de biloculation purement spasmodique (obs IV); un spasme localisé de la petite courbure au voisinage du pylore a amené chez un homme de 49 ans une confusion avec une image lacunaire néoplasique (obs. XXXII).

L'examen du duodénum, en station debout et en

1. *Presse médicale*, 1923, n° 31.

position ventrale, montre habituellement un bulbe duodénal triangulaire de forme normale, avec un transit normal. Dans certains cas, le bulbe reste injecté et visible durant tout le temps de l'évacuation (obs. I, XIX, XXI, XXIII, XXXI), ce qui indique un certain degré de spasme en aval. D'autres fois la première et la deuxième portions sont dilatées dans leur ensemble (syndrome de Holzknecht): cet aspect peut être réalisé probablement par un spasme à l'angle des deuxième et troisième portions; dans certains cas de ptose accentuée, on peut incriminer une striction exercée sur la portion horizontale par le pédicule mésentérique supérieur, le temps d'arrêt constaté à ce niveau disparaissant dans le décubitus ventral. La difficulté d'examiner la bulbe duodénal, siège d'élection des lésions ulcéreuses, et de pouvoir affirmer son intégrité au cours du seul examen radioscopique, nécessite le contrôle par la méthode des radiographies en série. Nous y reviendrons dans l'étude diagnostique.

L'examen radioscopique permet de *localiser les points douloureux*, spontanés ou provoqués par la pression. Habituellement le sujet indique une douleur nettement localisée au plexus solaire, manifestement au-dessus et en dedans de la petite courbure. Dans le cas d'un estomac court et hypertonique, la petite courbure coupant la ligne médiane à un niveau assez élevé, on peut être tenté d'attribuer le point douloureux solaire le plus bas à une lésion de la petite courbure ou de l'antrum pylorique; il ne faut pas se hâter de conclure dans ce cas à l'existence d'une douleur véritablement stomacale.

Pour affirmer l'existence d'un point douloureux de la petite courbure, ou du pylore, ou du bulbe, il est indispensable que le point douloureux *se déplace*

avec les déplacements provoqués de l'organe, et quand le sujet passe de la station debout au décubitus. La douleur pylorique est un signe fréquent dans nos examens, de même que la douleur à la pression du bulbe qu'il est d'ailleurs difficile de distinguer de la première avec une grande précision. Par contre il est plus facile de localiser la douleur franchement située à droite du bulbe, ou sur le bord droit de la portion descendante : elle constitue un élément de présomption en faveur de l'existence d'une périviscérite (adhérences de la vésicule et du duodénum), ou d'une cholécystite (obs XXIII, XXXIII).

Il faut de plus se rendre compte de la mobilité de l'image gastro-duodénale ; les déformations, les angulations provoquées quand on mobilise les organes sous l'écran, l'axe transversal avec fixité du pylore rejeté très à droite de la ligne médiane, l'impossibilité de dissocier son image de celle de l'angle colique droit, la douleur localisée au niveau de leur point de contact, sont des signes de présomption en faveur d'une traction exercée sur la zone pylorique par un épiploon malade et rétracté, avec adhérences gastro-coliques.

Gros intestin. — Le gros intestin peut être visible en totalité : on peut reconnaître dans l'ensemble la situation respective de trois repas qui occupent le rectum et l'S iliaque, l'angle colique gauche, le dernier remplissant le cæcum et l'angle colique droit. Souvent le transit est retardé, la tête de colonne n'atteignant que l'angle colique gauche, ou ne dépassant pas la ligne médiane.

Nous avons vu la fréquence et la signification de la stase iléale : elle se distingue mal en position debout, dans la ptose, où se superposent dans l'aire

du petit bassin les anses grêles, l'S iliaque et le rectum. L'examen en position debout permet surtout de se rendre compte de la ptose colique généralisée qui peut aller de pair avec la dilatation stomacale atonique. On se rend compte de la mobilité des différents segments par la palpation, la manœuvre de rétraction du ventre dans l'expiration forcée. La recherche de la douleur appendiculaire est parfois imprécise en position debout, en raison de la résistance opposée par la paroi abdominale, et de la difficulté d'un repérage exact du fond de cæcum.

C'est donc l'examen en position couchée qui donne les principaux renseignements, on dissocie alors mieux les différents plans occupés par la bouillie opaque. La forme et les dimensions du cæcum sont habituellement normales ; on observe cependant parfois un certain degré de dilatation cæcale, qui peut aller de pair avec la stase cæco-ascendante (obs. XL), le cæcum se vidant tardivement, fort au delà de la quinzième heure, ainsi qu'on peut le constater à des examens successifs. La position du cæcum est importante à noter, et en comparant les orthodiagrammes pris en position debout et en position couchée, on se rend compte d'un signe fréquent : le *défaut d'ascension du cæcum* en position couchée. Normalement le fond s'élève de 6 à 8 centimètres par rapport aux repères fixes (crêtes iliaques). Au-dessus de 8 centimètres le cæcum est dit mobile. Quand il est fixe, on peut en tirer des présomptions sur l'existence possibles d'adhérences péricæcales ; mais il ne faut pas perdre de vue la variabilité des dispositions péritonéales normales, et de l'accolement plus ou moins étendu des mésos. Aussi la fixité du cæcum peut-elle être l'état normal chez nombre de sujets.

L'appendice lui-même est rarement visible à l'écran : nous l'avons cependant de temps à autre observé avec netteté, avec douleur très précise à la palpation du cordon quand les doigts l'accrochaient.

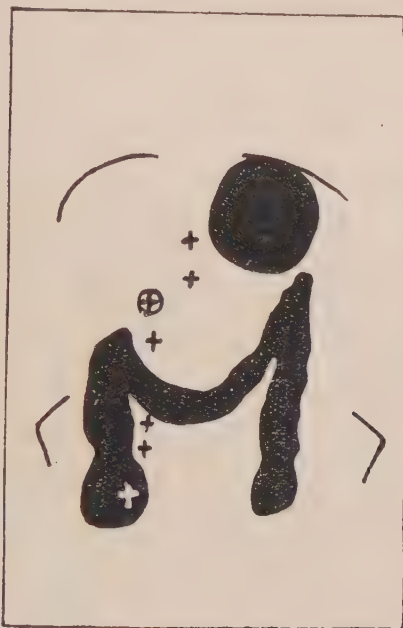


Fig. 7. — Décubitus dorsal. Etagement des points douloureux de la région appendiculaire au carrefour sous-hépatique et au plexus solaire.

Non seulement l'organe ne s'injecte pas habituellement, mais dans ses positions rétro-cæcales il ne saurait être distingué de l'opacité du cæcum. Il ne faut pas compter sur sa visibilité.

La position de l'angle colique droit est importante à noter : il est parfois attiré en haut et en dedans (fig. 9) par l'existence d'adhérences de la région sous-hépatique : on ne parvient pas alors à le mobiliser. Si les portions constitutives de l'angle, fin de

l'ascendant, et origine du transverse, sont parfois nettement distinctes, il faut souvent employer une palpation profonde pour les dissocier. Quand on n'y parvient pas, c'est qu'il existe un accollement en canons de fusil qui peut être dû à l'existence d'adhérences pathologiques ou à un voile membraneux unissant les deux portions. Si cette disposition



Fig. 8. — (Obs. XLIX) Station debout. Estomac hypertonique, oblique. Douleur solaire. Douleur de la région pylorique, en connexion étroite avec l'angle colique droit.

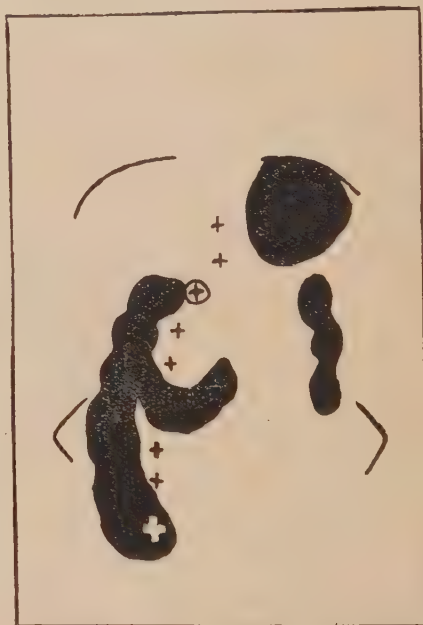


Fig. 9. — Même observation : Decubitus dorsal. Pas d'ascension cœcale. Angcolique droit attré en haut et en dedans. Douleur appendiculaire, douleur du caecum, avec points intermédiaires ; douleur solaire.

est parfois compatible avec un transit colique normal, elle est dans l'appendicite chronique l'indice d'une propagation inflammatoire péritonéale, et elle joue un rôle dans les syndromes douloureux du flanc droit compliqués de stase cæco-ascendante.

Le transverse est généralement normal, parfois ptosé. L'arrêt de la colonne barytée au niveau de sa partie droite, sous-jacente au carrefour duodénal, avec douleur vive à ce niveau, peut tenir à une stric-

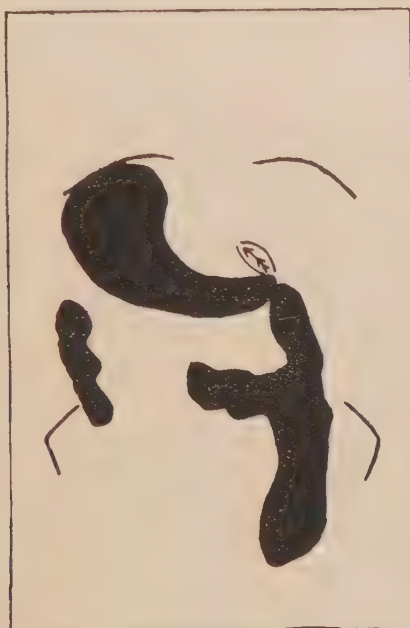


Fig. 10. — Même observation : Décubitus ventral. Connexions entre l'angle colique droit et la région pylorique.

tion par des adhérences épiploïques. On n'observe habituellement rien d'anormal au niveau des autres segments du gros intestin, sinon fréquemment l'état spasme et douloureux du colon descendant ou de l'S iliaque.

La *localisation des points douloureux* du gros intestin demande à être fixée avec soin, et contrôlée à des examens successifs. Souvent la localisation

appendiculaire paraît évidente : il existe une douleur nette, précise, limitée en un point qui correspond à la partie interne, ou au bord interne du cæcum, au-dessous de l'angle iléo-cæcal ; le reste du cæcum n'étant pas sensible à la pression profonde pratiquée avec un seul doigt (fig. 4). Le point douloureux se déplace avec les changements de position du cæcum. Chez la femme, on fait ainsi aisément la distinction avec la douleur salpingienne, mais il ne faut pas perdre de vue la coïncidence fréquente. Dans d'autres cas, le point ainsi localisé est nettement le plus sensible dans toute une zone dont la palpation est douloureuse. Cette zone partant du fond du cæcum se continue à la partie interne du cæco-ascendant pour rejoindre le carrefour sous-hépatique : il y a là tout un étage de points douloureux qui sont manifestement en dedans de l'image du cæco-ascendant, et qui correspondent aux points para-ombili-caux notés à l'examen clinique (fig. 7). Souvent ces points intermédiaires disparaissent après traitement à l'atropine, qui ne laisse persister que les deux centres principaux : carrefour et appendice. Parfois l'extension de la zone douloureuse est plus diffuse, empiétant sur le côté gauche de l'abdomen. Pour G. Laroche, Brodin et Ronneaux, les points douloureux attribuables à l'épiploïte auraient une certaine mobilité, les points sympathiques étant fixes.

Cet examen du gros intestin demande souvent à être complété par l'administration d'un lavement baryté qui donne une image plus complète de l'organe en renseignant sur certains spasmes localisés, et sur les obstacles possibles sur le trajet intestinal.

Quant à la radiographie de la région cæcale, elle donne des renseignements très inférieurs à la radioscopie, qui comporte l'étude de la mobilité et des

douleurs. On ne saurait tirer de conclusions ayant une valeur clinique, de la visibilité et de l'aspect de l'appendice sur un cliché : les tentatives d'interprétation se trouvent souvent en défaut.

II

SÉQUELLES D'APPENDICECTOMIE A SYNDROME GASTRIQUE

Avant d'étudier le problème du diagnostic et du pronostic des appendicites chroniques à forme gastrique, nous rapprocherons du tableau précédemment décrit une deuxième catégorie de faits qui concernent des malades ayant subi l'appendicectomie. Sans entrer pour le moment dans la discussion pathogénique de ces cas, nous nous contenterons tout d'abord d'en tracer la description clinique. La tâche nous sera singulièrement facilitée par certains traits de ressemblance frappante avec la première catégorie. En plaçant d'emblée ici ce tableau clinique, nous pourrons déjà entrevoir que la connaissance de ces faits soulève de nombreux problèmes, qui doivent entrer en ligne de compte dans le diagnostic des gastropathies appendiculaires.

Dans une communication à l'Académie de Médecine, le 16 mars 1920, M. Enriquez a fait une étude d'ensemble des « Séquelles de l'appendicectomie ». Elle englobe la description de tous les troubles ressentis par les anciens opérés non améliorés, ou présentant de nouveaux accidents après une amélioration de plus ou moins longue durée.

Nous rappellerons, pour faciliter l'interprétation

générale des cas qui nous occupent, quelles sont les principales variétés rencontrées :

1^o Dans la forme la plus commune, il s'agit de malades continuant à présenter après l'appendicectomie, un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, accompagné de quelques troubles gastro-intestinaux habituellement peu importants (état nauséeux, phénomènes de colite). Ces malades se plaignent d'un endolorissement de la fosse iliaque, permanent ou traversé de douleurs lancinantes, apparaissant spontanément, ou à l'occasion de certains mouvements (se lever, ou se pencher en arrière), ou à la suite d'excès alimentaires. Le tableau rappelle la forme douloureuse de l'appendicite chronique ; l'apparition de poussées aiguës peut simuler des crises aiguës ou subaiguës d'appendicite. L'examen montre une zone douloureuse localisée autour d'une cicatrice souvent chéloïdienne ou vicieuse, avec irradiation de la douleur à la zone du carrefour sous-hépatique.

Ces cas, habituellement observés par les chirurgiens que les malades vont consulter pour les suites douloureuses locales de l'intervention, sont dus à l'existence d'épiploïte avec ou sans adhérences pariétales et caecales, et sont justiciables de la résection épiploïque avec libération des adhérences (1).

2^o Dans un autre groupe, se classent les types où dominant les signes de subobstruction du colon droit. Ici, avec l'altération plus ou moins profonde de l'état général, et les signes locaux de souffrance et d'adhérences de la région caecale, c'est la constipation qui domine avec les débâcles caractéristiques de la stase caecale.

1. V., th- Flandrin. Paris, 1922.

Dus à l'épiploïte, aux adhérences péri-coliques, à la coudure de Lane, à l'existence de voiles membraneux, à la dilatation douloureuse du côlon droit (Grégoire), ces affections du carrefour inférieur ont été récemment étudiées par De Martel et Antoine dans leur ouvrage sur les « fausses appendicites ». Ces syndromes douloureux de la fosse iliaque droite sont parfois consécutifs à l'appendicectomie.

3° Une forme anémique, pseudo-tuberculeuse, est décrite par M. Enriquez. Par l'atteinte de l'état général, la légère fièvre vespérale, l'existence de quelques troubles digestifs légers, elle rappelle la forme pseudo-tuberculeuse de l'appendicite chronique. Certaines interventions itératives ont montré dans ces cas la persistance d'épiploïte chronique.

4° Enfin, et c'est le type auquel nous allons nous arrêter, dans un grand nombre de cas, les malades sont des dyspeptiques, chez lesquels on peut craindre cliniquement une lésion pylorique ou duodénale.

Dans les exemples que nous avons rencontrés, on peut distinguer trois modes évolutifs différents.

La première catégorie concerne des malades dyspeptiques de plus ou moins longue date, de type habituellement hypersthénique, qui ont présenté des signes locaux appendiculaires. On a porté chez eux le diagnostic d'appendicite chronique à syndrome gastrique, et pratiqué l'ablation de l'appendice, souvent trouvé macroscopiquement malade, avec ou sans réaction péritonéale plastique. L'appendicectomie n'a modifié en rien le tableau de la dyspepsie, ou n'a amené qu'une sédation très temporaire, rapidement suivie d'une recrudescence de la gastralgie (obs. XLI, XLVI, XLVII).

Dans d'autres cas, le malade présentait des

troubles dyspeptiques asthéniques, ou quelques douleurs à type précoce, rattachées cliniquement à l'existence d'une appendicite chronique. L'ablation de l'appendice a amené une amélioration souvent nette, durant quelques mois, malgré la persistance de troubles atténués. Puis peu à peu les troubles s'accroissent, les douleurs tardives apparaissent, et un syndrome de dyspepsie hypersthénique typique est constitué à plus ou moins longue échéance.

Enfin dans un troisième groupe, nous trouvons d'anciens appendicectomisés qui ont subi l'intervention après une ou plusieurs crises aiguës ; tout est rentré dans l'ordre, la guérison clinique paraît complète. Ou bien encore l'opération a été motivée par une appendicite chronique n'ayant donné lieu à aucune douleur stomacale, l'état nauséeux, les vomissements ont été absents ou réduits au minimum, comme on peut le voir dans certaines formes douloureuses iliaques, entéro-colitiques, ou pseudo-tuberculeuses. Le diagnostic a été confirmé par l'évolution favorable, et pendant des mois ou des années l'opéré a repris une vie normale. Après cette *période latente* : un an (obs. XLIII), trois ans (obs. XLII), quatre ans (obs. XLV), onze ans (obs. XXXIX), la dyspepsie fait progressivement son apparition et réalise habituellement le type hypersthénique. Les malades sont loin de croire à une relation possible entre leur état présent et leur appendicectomie ancienne : ils la passent habituellement sous silence dans l'histoire de leurs troubles, comme un épisode sans conséquences.

Quel que soit le mode évolutif, le tableau clinique rappelle dans son ensemble celui que nous avons déjà tracé. Nous ne reprendrons pas la description du type hypersthénique, ou du type asthénique, ce

dernier étant moins fréquent chez les appendicectomisés. On pourrait répéter point par point la description des troubles fonctionnels : nous retrouvons les mêmes douleurs, à horaire habituellement tardif, la faim douloureuse, les renvois, les nausées et les vomissements, l'existence fréquente d'entéro-colite, l'évolution par crises. Ou bien le ballonnement, les douleurs vagues, la torpeur et les flatulences de la dyspepsie atonique.

Les malades accusent parfois encore l'irradiation douloureuse à la fosse iliaque droite, autour de leur cicatrice, sous forme d'élancements soudains (obs. XXXIX). D'autres fois il n'existe plus de douleurs iliaques spontanées. En revanche la douleur spontanée du carrefour est beaucoup plus constante.

L'examen de l'abdomen montre souvent un aspect particulier de la cicatrice. Elle peut être normale d'aspect, de coloration, de souplesse. L'existence d'une cicatrice minuscule, dite esthétique, ayant parfois au-dessus de 2 centimètres de longueur est l'indice que l'intervention a été bornée à l'appendicectomie sans exploration étendue des lésions de voisinage. Bien souvent la cicatrice est *chéloïdienne* (obs. XXXVIII), violacée, formant un bourrelet de consistance dure partiellement ou sur toute son étendue. Elle peut être douloureuse superficiellement ou profondément, adhérente aux plans sous-jacents, comme on peut s'en rendre compte par le pincement entre pouce et index, et la traction : cette manœuvre provoque une douleur locale, ou irradiée à l'ombilic ou à l'épigastre. Il est important de noter s'il y a eu un drainage ou une suppuration locale, s'il existe une rétraction vicieuse ou une éventration.

Si la cicatrice elle-même n'est pas toujours douloureuse ou vicieuse, en revanche il nous a paru à

peu près constant que la palpation profonde entre l'ombilic et la cicatrice éveille une douleur parfois vive, même chez les sujets qui n'accusent aucune douleur spontanée. La douleur provoquée peut irradier à l'épigastre. Nous retrouvons ici le point para-ombilical, et toute une série de points douloureux étagés qui relient la zone interne de la cicatrice au carrefour sous-hépatique (fig. 11). A ce niveau existe



Fig. 11. — Points principaux : point paraombilical droit, entre la cicatrice et l'ombilic ; point du carrefour. Douleur intermédiaire et douleur solaire, parfois douleur paraombilicale gauche.

un point douloureux habituel, avec contracture légère du grand droit, la sensibilité douloureuse de l'épigastre est constante. Même dans l'intervalle des crises douloureuses, on retrouve en permanence cet endolorissement de l'épigastre et de la région para-ombilicale droite. La douleur à gauche peut également être notée (obs. XXXVIII, XLIII).

Enfin la palpation décèle parfois la corde épiploïque allongée à la partie interne du cæco-ascendant.

L'évolution se fait par crises irrégulières, et en l'absence de thérapeutique efficace, le malade paraît voué à une infirmité permanente. La symptomatolo-

gie de ces séquelles peut se compliquer par l'adjonction de signes nouveaux : douleur très vive et permanente au point cystique (obs. XLVII), ictère, éveillant l'idée d'une complication hépato-vésiculaire ; hématomèse (obs. XXXVIII) et melaena dont nous envisagerons l'importance lors du diagnostic avec l'ulcus.

L'hypertrophie de la rate (obs. XLIII, XLV), les modifications de la formule leucocytaire déjà signalées, et dont nous verrons l'utilité diagnostique, se rencontrent avec la plus grande fréquence chez les appendicectomisés. Les remarques faites à propos de l'étude du chimisme, et du tubage à jeun s'appliquent également à ces malades.

Quant à l'examen radiologique, il donne des résultats assez analogues à ceux que nous avons indiqués au chapitre précédent. Si l'on ne trouve plus avec netteté la douleur localisée au point appendiculaire, en revanche c'est à 2 ou 3 centimètres au-dessus et en dedans de l'angle iléo-cæcal que la palpation éveille une douleur maxima. La projection des points douloureux se fait en dedans du bord interne du cæco-ascendant pour rejoindre le carrefour supérieur ; on peut noter parfois leur coïncidence exacte avec la coudure ou tumeur perçue à la palpation. La stase iléale, la fixité cæcale sont d'observation courante.

Tout ce que nous avons dit sur les types d'estomac rencontrés à l'examen peut se répéter ici : on retrouve cependant avec le plus de fréquence l'estomac tonique, et hyperkinétique, oblique à droite, le syndrome de Barklay (obs. XXXVIII, XXXIX). Cet aspect va souvent de pair avec la traction de l'angle sous-hépatique en haut et en dedans, parfois avec accollement en canons de fusil, et douleur localisée à l'angle du cæcum et du transverse. M. Enriquez

oppose ce type habituellement constaté dans les formes inflammatoires, au type atonique avec dilatation, ptose gastro-colique, stase iléale très prononcée, parfois cæcum mobile ou coudure de Lane, qui réalise surtout un syndrome mécanique d'atonie gastro-intestinale.

Nous verrons dans le cours de cette étude comment on peut chercher à préciser la nature de ces séquelles, et quels progrès ont été accomplis dans l'interprétation de ces gastropathies post-appendiculaires.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE DIAGNOSTIQUE ET CRITIQUE

La comparaison des symptômes présentés par les deux catégories de malades que nous avons successivement envisagées, met nécessairement en question sinon l'existence même de l'appendicite chronique à forme gastrique, du moins les éléments de son diagnostic. Si l'on se reporte à la lecture des observations, à l'étude des schémas radioscopiques et des clichés duodénaux, aux modifications de la formule sanguine, etc., on s'aperçoit que souvent rien ne distingue le syndrome gastrique paraissant légitimement attribuable à l'appendicite chronique, du même syndrome survenant ou persistant après appendicectomie. Si l'on s'en tient aux descriptions habituellement données dans les ouvrages didactiques, la question paraît simple. On décrit dans les nombreuses formes de l'appendicite chronique, des formes gastriques à type de dyspepsie atonique ou simulant l'ulcère, dont l'origine appendiculaire est démontrée par ce fait qu'elles guérissent par l'appendicectomie. Faut-il donc admettre que tous les cas non guéris correspondent à des erreurs de diagnostic, ou à des complications passées inaperçues, et que d'autre part l'appendicite chronique ne joue aucun rôle dans l'apparition tardive du syndrome gastrique après l'appendicectomie ?

L'appendicite chronique est une affection complexe avec des réactions à distance, et des lésions à distance. Dans la sphère qui nous occupe, nous allons étudier le diagnostic différentiel avec les lésions organiques qui se traduisent par un tableau clinique analogue, et nous verrons les associations fréquemment réalisées. Les notions récentes ont mis en évidence le rôle considérable des lésions extensives de l'appendicite chronique, en particulier de l'épiploïte, et de la péritonite plastique engendrant les adhérences et les périviscérites : ces lésions peuvent également être parfois dépistées.

Il ne saurait être question de passer ici en revue toutes les affections à retentissement gastrique plus ou moins bruyant qu'il importe d'éliminer par l'examen très complet du malade : en aucun cas on ne négligera l'examen du système nerveux si indispensable pour dépister les crises gastriques tabétiques; on recherchera les causes périphériques possibles de la dyspepsie en examinant systématiquement l'appareil génital chez la femme (grossesse, affections utéro-ovariennes), le toucher nous a permis récemment de mettre en évidence deux fois un cancer utérin latent chez des malades venant consulter pour intolérance stomacale. On ne perdra pas de vue l'urémie, et surtout la *lithiase rénale* à l'origine des troubles gastriques : ce dernier diagnostic est parfois délicat quand la douleur siège à droite : l'appendicite peut donner des douleurs lombaires, la douleur urétérale paraombilicale droite peut être confondue avec un point appendiculaire ; l'état nauséeux, les vomissements, la gastralgie accompagnent également la lithiase. Il faudra parfois une étude minutieuse pour permettre le diagnostic : les irradiations inférieures de la douleur néphrétique,

les troubles de la miction, les hématuries, les concrétions urinaires devront être recherchées : le problème est parfois difficile dans les cas d'association, Dans l'observation XLVI le diagnostic a pu être en suspens jusqu'à l'intervention qui a révélé des lésions appendiculaires et péri-appendiculaires.

DIAGNOSTIC AVEC L'ULCUS

APPENDICITE CHRONIQUE ET ULCUS

Le diagnostic de l'appendicite chronique à forme gastrique avec l'ulcus est souvent difficile ; le problème se pose également dans les séquelles d'appendicectomie. Les principaux éléments du diagnostic se retrouvent dans les deux cas. Les progrès récemment acquis dans l'étude des ulcères permettent des précisions nouvelles : nous rappellerons parmi les dernières mises au point la discussion du Congrès de Médecine de 1922, les rapports de MM. Enriquez et G. Durand, Cramer, Salloz et Moppert, le rapport de M. P. Duval au Congrès de Chirurgie de 1920.

L'existence des appendicites simulant l'ulcère est de connaissance récente. Soupault n'admettait pas de gastro-succorrhée sans ulcère. Les auteurs qui signalent la dyspepsie appendiculaires (Talamon, Walther, Jalaguier, Ewald décrivent surtout l'atonie gastro-intestinale avec hypopepsie. Longuet met en doute l'existence du syndrome hypersthénique, ou tout au moins le considère comme exceptionnel. Goursolas, Foucault et Salignat admettent l'hyperchlorhydrie dans la dyspepsie appendiculaire. C'est surtout en Angleterre et en Amérique que la

question a suscité une série de travaux, en particulier en 1910-1911. Les frères Mayo, Moynihan, Fenwick, Paterson, signalent que bien souvent les chirurgiens, intervenant dans l'hypothèse d'un ulcère gastrique ou duodénal, ne trouvent aucune lésion stomacale, duodénale ou vésiculaire. La gastro-entérostomie dans ces conditions ne soulage aucunement le malade. Ultérieurement l'appendicectomie à l'occasion d'une crise d'appendicite, fait disparaître les troubles autrefois attribués à l'ulcère. Les chirurgiens anglo-américains prennent dès lors comme règle, en cas d'exploration négative de l'estomac et de la vésicule dans les troubles simulant l'ulcus, de ne pas pratiquer la gastro-entérostomie, mais d'aller découvrir l'appendice, toujours chroniquement enflammé, et de le réséquer. Si le diagnostic de gastropathie appendiculaire est fait d'emblée, la simple appendicectomie fait disparaître les accidents.

Fenwick cherche à établir la fréquence de ces cas par rapport aux ulcères : opérant systématiquement les malades atteints d'« hyperchlorhydrie douloureuse et d'hypersécrétion chronique » il observe sur 112 cas : 22 cas d'appendicite et 12 cas de lithiase biliaire, contre 74 ulcères gastro-duodénaux. Dans 9 cas d'ulcère, il note la coexistence d'appendicite.

Depuis lors, les observations se sont multipliées, et on peut tenter d'établir avec plus de précision, et avant l'intervention, le diagnostic de gastropathie appendiculaire.

En premier lieu, est-il légitime de décrire, avec Moynihan, un type simulant l'ulcère de l'estomac, et un type simulant l'ulcère du duodénum ? Ce dernier se distinguant par des douleurs plus tardives,

par le siège de la douleur à droite, et plus particulièrement par la faim douloureuse. Les travaux récents sur l'ulcus ont montré que la symptomatologie ne permettait pas de distinguer deux types définis ; il n'existe que de simples éléments de présomption. Aussi envisagerons-nous le diagnostic général avec l'ulcus, avant de préciser les localisations.

Les deux arguments principaux sont l'existence de phénomènes locaux appendiculaires, et l'absence de signes positifs d'ulcus. Devant toute dyspepsie hypersthénique, il faut tout d'abord éliminer toutes les causes périphériques ou réflexes du syndrome : l'existence des signes locaux de la fosse iliaque droite est l'élément fondamental qui permet d'incriminer l'origine appendiculaire de la gastropathie. Les signes iliaques n'ont toute leur valeur que lorsqu'ils sont nettement caractérisés, comme nous l'avons déjà indiqué. Mais ils sont parfois atténués (obs. I), ou même ont paru faire totalement défaut dans certains cas, ayant donné lieu à erreur de diagnostic (obs. XXIX, XXX, XXXII). Le diagnostic ne peut alors être fait qu'à l'intervention, montrant l'absence de lésion stomacale organique, et l'existence de lésions appendiculaires.

Le type de la dyspepsie peut-il être un argument décisif en faveur de l'une ou l'autre hypothèse ? Il est certain que la dyspepsie hypersthénique et de beaucoup la plus habituelle dans l'ulcus, mais l'existence de dyspepsie hyposthénique ou asthénique ne permet pas d'éliminer l'ulcus avec certitude : ce dernier type peut se rencontrer dans les phases de début, ou les formes frustes de l'ulcère, où surviennent parfois des hémorragies ou des perforations inopinées. Cependant d'une façon générale le dia-

agnostic d'appendicite chronique sera plus facile dans la dyspepsie atonique, où les signes iliaques se constatent d'ailleurs avec plus d'évidence.

Dans l'appendicite, l'horaire des douleurs serait souvent moins régulier que dans l'ulcus : cette opinion ne nous paraît pas démontrée par l'étude de nos observations. L'irradiation de la douleur vers l'ombilic, ou la fosse iliaque droite appartient à l'appendicite ; l'irradiation dorsale, la douleur en broche n'est pas spéciale à l'ulcus. En revanche la douleur à gauche, au niveau du rebord costal, avec irradiation à l'épaule et au bras gauche est en faveur d'un ulcère de la petite courbure. L'influence de l'ingestion des aliments, ainsi que la sédation obtenue par les alcalins, les pansements au bismuth ou au kaolin, est moins nette dans l'appendicite que dans l'ulcère : mais ce ne sont que des nuances.

L'état nauséux est un symptôme important de l'appendicite, comme de la cholécystite ; il est beaucoup moins habituel dans l'ulcus. Les vomissements sont plus fréquents, plus capricieux, plus irréguliers dans l'appendicite ; l'ulcéreux vomit habituellement d'une façon plus régulière, et plus tardive, les vomissements tendent parfois à devenir très abondants, très acides, traduisant la stase progressive dans l'ulcère pylorique.

L'existence d'un léger état fébrile est en faveur de l'appendicite : mais il est loin d'être constant. Les vertiges, les phénomènes vagotoniques, les troubles vaso-moteurs sont plus fréquents dans l'appendicite. L'hypertrophie de la rate et les modifications de la formule leucocytaire sont un appoint en faveur d'une réaction inflammatoire de l'épiploon ou du péritoine : mais celle-ci peut accompagner également l'ulcus (périgastrite, périoduodénite).

L'évolution périodique des crises douloureuses est moins nettement tranchée dans l'appendicite, où persistent souvent, dans les intervalles, des malaises avec état nauséeux.

Nous en arrivons à une complication autrefois donnée comme pathognomonique de l'ulcère, c'est l'hémorragie constatée sous forme d'*hématémèse* ou de *melæna*. Depuis quelques années on a reconnu qu'elle n'avait pas la valeur absolue qu'on lui attribuait. On rencontre l'hémorragie dans nombre d'autres affections : sans nous arrêter aux hématémèses survenant comme un des premiers signes d'une cirrhose, ou accompagnant les affections hémorragipares, nous pouvons les observer, associées à la gastralgie, dans les crises gastriques du tabes, dans les périviscérités du carrefour supérieur, dans les cholécystites calculeuses ou non, et aussi dans l'appendicite chronique ou dans l'appendicite aiguë (vomito negro appendiculaire de Dieulafoy). Dans tous ces cas l'hémorragie est due non à une lésion ulcéreuse, mais à un état congestif de la muqueuse qui « pleure du sang » (Moynihan).

Nous rapportons une observation (XXVII), où l'hématémèse a orienté le diagnostic vers un ulcère qui n'a pas été retrouvé à l'intervention : le chirurgien a vérifié l'état de la muqueuse stomacale après ouverture de l'organe. Récemment encore nous avons constaté une hématémèse dans un cas de séquelle d'appendicectomie (obs. XLVI) où on pouvait être tenté d'incriminer un ulcus, dont on ne trouve par ailleurs aucun signe positif. La recherche des hémorragies occultes, entourée de toutes les précautions d'usage, et longuement poursuivie, donne des résultats très inconstants dans l'ulcère, où leur absence n'a pas de valeur. En revanche, le melaena

ne dépend pas toujours d'un ulcère (obs. XXXVIII, XXIII, XXVI). Chaufflard incrimine la duodénite érosive et congestive dans la lithiase. Il faut enfin se méfier des petites hémorragies rencontrées dans les cas de vomissements pénibles et répétés. Quand on recherche le sang par le tubage gastrique ou duodénal, il faut songer au traumatisme intervenant sur une muqueuse simplement congestionnée.

L'examen radiologique peut donner, mais est loin de donner toujours des signes décisifs en faveur d'un ulcus.

Au niveau de la petite courbure, l'existence d'un ulcus déjà ancien, calleux, peut se traduire par des *signes directs* de valeur indiscutable : niche de Haudek, tache diverticulaire, rigidité segmentaire (P. Duval) avec douleur localisée au même niveau, angulation en équerre, rétraction de la petite courbure (estomac en escargot), biloculation organique : le diagnostic est alors facile, la seule question qui se pose est celle de la coexistence de lésions appendiculaires.

Dans les cas plus récents, n'ayant pas encore créé de perte de substance visible, il y a parfois un signe décisif : l'encoche spasmodique de la grande courbure, avec douleur localisée au niveau correspondant de la petite courbure, mais il est loin d'être constant.

Dans la plupart des ulcères jeunes, non compliqués, quelle que soit leur localisation (cardia, petite courbure, pylore), les signes radiologiques sont des *signes indirects*, traduisant le spasme du pylore et l'hypersécrétion. Ce sont :

La présence de liquide à jeun, fait banal également dans l'appendicite chronique ;

La dilatation de l'antrum prépylorique : mais nous

le retrouvons aussi dans nombre de cas d'appendicite chronique. Quand la dilatation commence à s'accentuer, il est un aspect qui plaide en faveur de l'ulcus : c'est la dilatation strictement localisée, avec conservation de l'obliquité de petite courbure, tandis que dans l'appendicite chronique la petite courbure est plus relâchée, verticale et dessine à sa partie inférieure le crochet aigu de la ptose ;

L'hyperkinésie, allant souvent de pair avec l'évacuation globale retardée (stase de 6 heures) et la stase iléale : le signe est commun aux deux affections ;

La douleur strictement localisée en un point de la petite courbure, difficile à distinguer de la caelialgie, quand l'hyperesthésie du plexus solaire est très marquée. La douleur localisée au pylore est d'observation courante dans les appendicites chroniques, et paraît liée au spasme pylorique. Même quand elle est particulièrement vive (obs. XVII) elle ne saurait être un argument décisif en faveur d'un ulcère pylorique.

En cas d'ulcère pylorique à évolution progressive vers la sténose, un signe capital en faveur de la nature organique de la sténose est la stase barytée neuf heures au moins après un repas d'épreuve, le malade ayant passé une nuit de repos. Le signe n'a d'ailleurs de valeur absolue que s'il est constant à plusieurs examens. La stase barytée est exceptionnelle dans ces conditions dans l'appendicite chronique : elle n'est notée qu'une fois dans nos observations (obs. XXXI) chez une femme de 60 ans, chez laquelle on avait conclu à une sténose organique. Gutmann vient d'observer également une appendicite chronique à forme de sténose pylorique. Une

observation récente de Lebon et Quivy (1) relate un fait de même ordre.

La douleur paraissant localisée au bulbe duodénal est difficile à différencier de la douleur pylorique : elle se rencontre souvent dans les cas d'appendicite chronique et ne permet pas de conclure à un ulcère duodénal. Il en est de même du syndrome de Holtz-



Fig. 12. — (Obs. XLIII) Image en queue d'aronde, encadrée de deux incisures spasmodiques : ulcère duodénal. D'après les radiographies en série (Delherm).

knecht : réplétion permanente du bulbe, et de la deuxième portion du duodénum, avec dilatation : il peut se rencontrer aussi bien dans l'appendicite chronique, que dans l'ulcus ou la périoduodénite ; il est souvent d'origine spasmodique (spasme du

1. Soc. de Radiol., médic., 13 mars 1923.

sphincter d'Ochsner situé sur la deuxième portion du duodénum.

L'ulcus duodénal engendre indirectement des signes stomacaux qui ne peuvent être distingués des aspects réalisés par l'appendicite, la cholécystite ou l'ulcère de la petite courbure : comme dans tous ces cas, on trouve tantôt un estomac de forme hypertonique, avec hyperkinésie dès l'ingestion, évacuation rapide globale (syndrome de Barklay), ou retardée vers la fin (syndrome radioscopique gastro-iléal), tantôt un estomac hypotonique avec dilatation prépylorique, et généralement hyperkinésie.

Seules, les *radiographies en série* peuvent fournir des éléments décisifs : elles montrent la déformation typique, la niche duodénale, en queue d'aronde, (obs. XLIII, fig. 12) saillant en général à la petite courbure, ou formant une tache plus opaque au niveau des faces. Elle est encadrée par deux sillons spasmodiques, avec une incisure spasmodique sur le bord opposé. Le bulbe peut d'ailleurs se rétracter, se déformer, en réalisant des aspects lacunaires ou coralliformes, ou présenter un trajet étroit et sinueux traduisant une sténose (obs. XLII, fig. 13).

Dans l'appendicite chronique non compliquée il n'y a généralement aucune déformation des contours du bulbe : cependant on peut constater une encoche ou un certain degré de rétraction spasmodique qui disparaît après une série d'injections d'atropine (obs. X). Les contours flous et irréguliers sont en faveur de l'existence d'une périoduodénite. L'interprétation des clichés est souvent difficile : mais elle permet généralement de faire le diagnostic de lésion chirurgicale du bulbe.

Nous venons de voir par cette analyse les difficultés fréquentes du diagnostic : très souvent ni clini-

quement, ni radiologiquement on ne peut obtenir confirmation absolue de l'existence d'un ulcus. Seule l'existence de signes locaux appendiculaires, d'ailleurs très variables, peut apporter un argument en



Fig 13. — (Obs. XLII) Ulcère duodénal sténosant avec périduodénite (en pointillé, profil d'un bulbe d'aspect normal). D'après les radiographies en série (Delherm).

faveur de l'appendicite. Dans ce cas la présence d'un ulcère peut rester douteuse si l'estomac n'est pas exploré au cours de l'appendicectomie.

La coexistence de l'appendicite et de l'ulcère est un fait actuellement bien connu ; la dyspepsie hypersthénique post-appendiculaire peut également aboutir au développement d'un ulcus (obs. XLII, XLIII).

De nombreux auteurs, parmi lesquels Dieulafoy, Öettinger, les frères Mayo, ont insisté sur cette association. Mahnert, en 1907, recherchant le passé appendiculaire chez les ulcéreux rapporte 60 observations d'ulcère à antécédents appendiculaires. Sans doute ses observations ne sont pas toutes démonstratives et bien souvent la preuve opératoire fait défaut : il en reste cependant plus d'une vingtaine où l'association ou la succession des deux affections est démontrée. Mathieu et J.-Ch. Roux, Leclerc (1) signalent des observations où tantôt l'appendicectomie a précédé l'ulcus, tantôt la gastro-entérostomie pratiquée pour ulcus a dû être complétée par une appendicectomie ultérieure.

M. Enriquez insiste dans son enseignement sur le rôle de l'appendicite chronique dans le développement de l'ulcère. Sur plus de 100 observations d'ulcère gastrique, nous avons trouvé dans 10 0/0 des cas des antécédents appendiculaires indiscutables ; nous les notons dans 6 cas sur 41 ulcères duodénaux. Mais ces chiffres sont certainement très inférieurs à la proportion réelle. Les signes appendiculaires sont souvent très effacés par rapport à la gastralgie, et les malades ne les signalent pas spontanément. Les malades sont venus en général consulter tardivement après de longues années de dyspepsie et à la phase d'ulcère confirmé ; et il est parfois impossible de distinguer dans ces longs antécédents l'histoire d'une dyspepsie hypersthénique appendiculaire ayant évolué vers l'ulcère. L'état de l'appendice a été parfois vérifié à l'occasion de la gastro-entérostomie : dans ce cas il a été quelquefois trouvé nettement malade, adhérent ou enflammé, même

1. Th. Paris 1915-1916.

en l'absence de signes cliniques constatés. Dans certains cas d'ulcère chez des appendicectomisés, l'existence d'épiploïte adhérente à l'ancienne cicatrice a été constatée parallèlement à l'ulcus.

Il n'est pas douteux que le spasme pylorique réflexe créé par l'appendicite chronique, et la réaction parallèle de gastrite avec hypersécrétion souvent acide, ne favorisent le développement ultérieur d'un ulcus.

Payr fait intervenir des embolies microbiennes parties du foyer appendiculaire, propagées par la voie veineuse, et pour lesquels il faudrait imaginer un trajet à contre-courant.

Nous verrons que Rosenow explique les deux localisations par l'affinité élective des bactéries pathogènes d'origine buccale, créant des localisations morbides sur certains organes déterminés. La propagation de l'infection par l'épiploon à la région pyloro-duodénale, opératoirement constatée dans certains cas, joue certainement un rôle en amenant l'inflammation pariétale de ce segment du tube digestif.

Si la symptomatologie n'apporte pas toujours de preuves convaincantes du développement d'un ulcère au cours de l'appendicite chronique, la radiologie ne donnant d'autre part aucune certitude dans certaines localisations des ulcus jeunes, on conçoit que le doute puisse exister, surtout lorsqu'on connaît la coexistence possible des deux affections. Même l'apparition d'une hémorragie n'a rien de pathognomonique.

Chez les malades déjà appendicectomisés par la voie habituelle, et continuant à souffrir avec ou sans intervalle latent, il ne faudra jamais perdre de vue la complication possible, et s'efforcer de dépister

l'ulcère en suivant attentivement tous les signes. Qu'on se reporte aux observations des séquelles gastralgiques, on verra combien le problème est difficile en l'absence d'une constatation radiographique indiscutable : il y a une similitude clinique presque absolue entre la dyspepsie hypersthénique sans lésions décelables, où à lésions associées diverses, et les cas d'ulcères dûment constatés. Mais chez les malades de la première catégorie, il y a tout lieu de vérifier à l'occasion de l'appendicectomie, quand il y a un doute sérieux, l'intégrité de l'estomac, du pyllore et du duodénum. C'est la pratique conseillée par M. Enriquez. Dans la plupart des cas cette exploration est négative. Mais on trouve souvent d'autres lésions de voisinage qui peuvent jouer un rôle dans l'apparition ou la persistance du syndrome gastrique ; elles sont moins fréquemment soupçonnées que l'ulcère, nous allons envisager leur diagnostic.

II

DIAGNOSTIC AVEC LA CHOLÉCYSTITE

APPENDICULO-CHOLÉCYSTITE

Comme dans le chapitre précédent, nous aurons à examiner tout d'abord le diagnostic différentiel de l'appendicite chronique et de la cholécystite dans leurs formes gastropathiques. Puis nous considérerons l'association ou la succession des deux affections la cholécystite apparaissant comme une lésion extensive en rapport avec l'appendicite chronique.

Le syndrome pylorique constituant une manifestation gastrique dite « réflexe » au cours de l'appendicite chronique, peut également être provoqué par d'autres lésions abdominales, au premier rang desquelles se place la cholécystite, calculeuse ou non. De même que les cholécystites aiguës provoquent au niveau de l'étage abdominal supérieur des réactions péritonéales dont l'allure générale rappelle par beaucoup de points les crises aiguës d'appendicite, de même les cholécystites chroniques présentent souvent, comme les appendicites chroniques, des réactions « à distance » qui éveillent l'idée d'une affection stomacale.

Quels sont, dans ce cas, les principaux éléments du diagnostic ?

Tout d'abord l'existence dans les antécédents de crises de cholécystite aiguë nettement constatée, avec

douleur cystique, et parfois réaction péritonéale localisée, et, plus rarement, perception nette d'une vésicule tendue et douloureuse, est une notion des plus importantes. Il en est de même des poussées d'ictère franc, ou de subictère, ayant pu traduire l'angiocholite concomitante, ou des crises à caractère de colique hépatique. Il faut s'enquérir des antécédents éloignés, tels que les ictères de l'enfance : on les retrouve dans nombre de cas associés (obs. XII, XLVII), et tenir compte des maladies infectieuses (typhoïde, grippe), ainsi que des prédispositions familiales.

Il y a, dans le syndrome gastrique, en dehors des cas ne donnant que des troubles effacés et banaux, quelques différences de détail qui plaident en faveur de la cholécystite, et qui ont été bien mises en évidence par les travaux du professeur Chauffard, et par MM. Enriquez, G. Durand et M. E. Binet dans leur étude sur les crises gastro-vésiculaires (1). Comme dans l'appendicite, le malaise qui suit immédiatement le repas est peu caractéristique. La crise douloureuse est surtout tardive, ou nocturne, d'un horaire moins régulier que dans l'appendicite, ou l'ulcus. Elle apparaît souvent plus brutalement, et se calme plus vite. Si elle affecte habituellement le caractère de brûlure ou de crampe, elle est souvent beaucoup plus violente, parfois intolérable. L'irradiation à la région de l'hypocondre droit est habituelle, elle est signalée cependant dans l'appendicite (obs. I, XIV) ; la douleur de l'épaule droite, ou la névralgie phrénique sont plus caractéristiques. Paillard signale la très grande fréquence de la sensibilité hépatique dorsale.

1. *Presse médicale*, 1921, n° 55.

L'état nauséeux est habituellement plus marqué que dans l'appendicite, avec vertiges le matin à jeun, et M. E. Binet insiste sur le « mal de mer » matinal des hépatiques. Les vomissements sont fréquents, souvent plus nombreux et plus incoercibles que dans l'appendicite chronique.

L'évolution se fait par crises périodiques, habituellement plus courtes, mieux tranchées que dans l'appendicite ou l'ictère. Ces crises apparaissent plus brutalement, souvent la nuit ; elles sont souvent provoquées par des traumatismes, des chocs émotionnels, par l'absorption de certains aliments, œufs, lait, chocolat, cervelles, dont la richesse en cholestérine favorise le développement de la lithiasé. Chez la femme l'influence des périodes d'hypercholestérinémie physiologique est particulièrement marquée : beaucoup de crises débutent vers la fin de la grossesse, ou sont exacerbées par les périodes menstruelles, beaucoup plus nettement que dans l'appendicite. Les douleurs sont moins constamment calmées par l'alimentation ou les poudres inertes, elles réagissent d'une façon variable à la médication alcaline, ou aux antispasmodiques.

Accompagnant le syndrome de dyspepsie hypersthénique, les troubles intestinaux sont fréquents : entéro-colite, selles pâteuses parfois légèrement décolorées, diarrhée post-prandiale, signe de valeur.

L'état subfébrile irrégulier est un symptôme habituel, comme dans l'appendicite chronique. Il peut exister de petits frissons au début des crises.

Un accident caractéristique, bien loin d'être constant, peut survenir en cours d'évolution : *l'ictère*, généralement peu prononcé, de durée éphémère (en dehors de l'oblitération calculéuse). Les malades sont souvent des cholémiques, avec subic-

tère des conjonctives, fréquemment urobilinurie. Mais l'ictère n'est pas nécessairement un signe associé à la cholécystite : il peut s'agir d'hépatite infectieuse ou toxique, au cours de l'appendicite chronique. Nous en avons récemment observé un cas avec gros foie douloureux dans une appendicite chronique avec périappendicite où la vésicule venait d'être reconnue parfaitement saine à l'intervention. Dieulafoy avait insisté le premier sur l'ictère dans les appendicites toxiques, manifestation du « foie appendiculaire ». La disparition du masque appendiculaire cholémique après appendicectomie est un fait d'observation courante. L'ictère peut également compliquer l'ulcus duodénal avec péri-duodénite.

Plus fréquemment encore que dans l'appendicite chronique, l'hématémèse et surtout le malaena peut compliquer la cholécystite et égarer le diagnostic vers l'ulcus.

L'examen de l'abdomen montre souvent une légère augmentation de volume du foie ; les deux signes capitaux sont la douleur, et la tumeur vésiculaire. La constatation par la palpation d'une grosse vésicule douloureuse n'est pas habituelle : on sait d'ailleurs la fréquence des formes scléro-atrophiques de la cholécystite. En revanche la douleur au point cystique, précise, et très superficielle, est constante ; elle est souvent spontanément accusée ; elle se recherche par la manœuvre de Murphy, ou encore par le procédé recommandé par MM. Enriquez et Carrié ; la pesée à double orientation, verticale puis horizontale (1). La main droite étant appliquée à plat, de bas en haut, sur la moitié droite de l'abdomen

et la déprimant progressivement, on peut chercher à discerner la douleur vésiculaire de la douleur pyloro duodénale, l'une étant provoquée par le déplacement de la pulpe du médius horizontalement vers la face inférieure du foie, l'autre par sa pression en profondeur. Comme dans l'appendicite chronique, on constate la douleur solaire, et un certain degré de contracture du grand droit au niveau du carrefour.

L'examen radioscopique n'apporte en général aucun fait décisif : on peut retrouver les mêmes aspects de l'estomac que dans l'appendicite chronique : le syndrome pylorique, avec liquide à jeun, dilatation prépylorique, retard de l'évacuation ; on peut noter cependant alors un signe particulier : l'excitation péristaltique désordonnée, aux contractions irrégulières, non rythmées. On trouve aussi l'estomac oblique, hypertonique, avec syndrome de Barklay. En position couchée l'accumulation du liquide dans l'antrum pylorique à droite de la ligne médiane réalise l'image en haltère.

La localisation du point douloureux principal à la vésicule a un intérêt capital : mais, la vésicule étant invisible à l'écran, on ne peut souvent que constater une douleur à la pression du carrefour cystico-duodéno-pylorique, en raison de la juxtaposition des organes ; on peut parfois nettement localiser la douleur à droite du duodénum (obs. XXIII, XXXIII). L'absence de douleur cæco-appendiculaire est un élément négatif important, mais la coexistence des deux points douloureux est fréquente dans les formes associées.

La radiographie permet d'une façon très inconsistante d'identifier des images de calculs dans la

lithiasé, ou d'indiquer la forme de la vésicule après insufflation de l'estomac.

Les *radiographies en série* duodénale apportent quelquefois, mais non toujours, des renseignements intéressants. Il peut exister des spasmes du bulbe duodénal, entretenus par la lésion vésiculaire de voisinage; ces spasmes se différencient des strictions par bride ou périduodénite par leur courbe plus régulière, leur variabilité possible sur les différents clichés, leur disparition après injections d'atropine. Le spasme peut même être total, effaçant presque le bulbe. Il n'y a pas là d'élément différentiel avec l'appendicite.

La pression sur le bord droit de la deuxième portion du duodénum, ou sur le côté droit du genu superius par une vésicule anormalement tendue ou volumineuse peut se traduire par une dépression à contour régulièrement ovalaire, qui paraît sur tous les clichés (obs. XXXIII). Ce signe peut s'observer en dehors de tout état pathologique de la vésicule (obs. VI). En cas de lithiasé des images de calculs peuvent se voir dans l'aire vésiculaire, en face de la dépression.

Les adhérences péri-duodénales qui accompagnent fréquemment la cholécystite compliquée de péricholécystite, peuvent donner des aspects flous ou irréguliers des contours du bulbe, l'étranglement ou l'étirement permanent, l'aspect en flammèche. Il en est de même dans l'appendicite compliquée de péri-duodénite.

Le diagnostic s'aidera encore si l'on soupçonne la lithiasé, de la recherche de l'*hypercholesterinémie* sur laquelle Chauffard, G. Laroche et Grigaut ont récemment insisté. Le taux dépasse souvent 2 grammes par litre. On recherchera également les calculs

dans les selles après les paroxysmes douloureux.

Le tubage duodénal, ainsi que l'ont montré Chiray et Blum, Libert, peu montrer dans la cholécystite l'existence d'un liquide fréquemment d'aspect « purée de pois », la présence de nombreuses cellules de desquamation et surtout de polynucléaires nombreux en voie d'altération, une flore microbienne abondante, et en cas de lithiase les calculs microscopiques ou calculins.

L'étude du chimisme gastrique n'apporte aucun renseignement diagnostique important.

On voit donc, d'après cette analyse, l'ensemble des éléments qui permettent d'assurer le diagnostic des dyspepsies vésiculaires et appendiculaires. Mais, bien souvent, les deux affections paraissent coexister d'emblée, ou la cholécystite succède à l'appendicite, opérée ou non, sans que le syndrome gastrique présente de modifications importantes.

Dans les *cas d'association*, les symptômes se superposent en réalisant un tableau plus complexe, avec douleur de toute la moitié droite de l'abdomen, où il est fréquemment possible de retrouver les deux éléments distinctifs : souvent le double diagnostic est ainsi posé et confirmé par l'intervention. D'autres fois, le diagnostic d'appendicite chronique à forme gastrique est établi en raison de l'existence des signes iliaques. Mais les signes pouvant orienter vers la cholécystite (ictère par exemple) manquent, la localisation vésiculaire de la douleur ne peut être établie avec précision devant la défense et l'hyperesthésie de toute la région du carrefour, il n'y a pas de signe radiologique décisif. Le diagnostic clinique doit être borné au terme prudent de « syndrome du carrefour », et la cholécystite associée est reconnue à l'intervention (obs. XIX, XXIV). Quand l'appendicé-

tomie est pratiquée seule, elle ne fait disparaître que la douleur iliaque, la douleur cystique persiste (obs. XLI).

Nous retrouvons des difficultés de diagnostic très analogues dans les séquelles d'appendicectomie.

Dans certains cas enfin, on assiste chez le même malade à une alternance des deux états où domine tantôt la douleur appendiculaire, associée ou non à des phénomènes de typhlo-colite, tantôt la crise de cholécystite. Frilet (1) considère ces formes « à bascule » comme les plus fréquentes.

L'existence de l'*appendiculo-cholécystite* a été signalée par Dieulafoy, qui a mis en valeur le rôle de l'appendicite dans l'étiologie des cholécystites, et les affinités des deux affections. Tripier et Paviot, dans leur étude sur les péritonites sous-hépatiques, concluent à une filiation inverse. C'est l'opinion de Mlle Mangeret (2) qui admet une propagation par voie lymphatique.

À l'étranger, les statistiques concernant la coexistence des deux déterminations varient de 3,5 0/0 à 69 0/0 (Marc Carthy). ce dernier auteur ayant recherché systématiquement les lésions appendiculaires dans les autopsies des sujets morts après intervention sur les voies biliaires. Hart Branon signale pour 425 cholécystites 68 fois l'existence d'appendicite chronique.

La pathogénie de la cholécystite peut s'expliquer par le transport des germes appendiculaires par la voie portale au foie, suivi de leur élimination par la bile. Pollart (3), dans une étude portant sur

1. Th. Lyon, 1910-1911.

2. Th. Paris, 1912.

3. *Bruxelles médical*, 1921, n° 9.

41 cas d'appendicite avec cholécystite, déclare que dans les cas où on a examiné l'épiploon, on a toujours trouvé de l'épiploïte chronique. Il incrimine le transport de l'infection appendiculaire à la vésicule par l'intermédiaire de l'épiploon malade, et de la propagation lymphatique ; et il conclut à la nécessité, dans l'appendicite avec troubles gastriques persistants, d'une exploration abdominale complète pouvant faire découvrir l'épiploïte et la cholécystite.

Depuis lors de nouveaux travaux ont élargi cette question. Brûlé et Garban (1) étudiant dans leur ensemble les accidents hépatiques d'origine intestinale insistent sur le rôle des colites et typhlites, de la stase stercorale cæco-ascendante (P. Duval et J.-C. Roux), dans l'étiologie de ces accidents, au nombre desquels figurent la congestion hépatique, la rétention biliaire (cholémie, subictère, ictère franc), et la cholécystite. Ces auteurs n'admettent plus l'infection ascendante des voies biliaires. Observant le parallélisme, et la dépendance étroite des accidents hépatiques et intestinaux, ils acceptent la conception d'un syndrome entéro-hépatique, analogue au syndrome entéro-rénal d'Heitz-Boyer, dans lequel les poussées colitiques font passer dans la circulation générale des germes intestinaux qui se localisent électivement sur le foie. P.-A. Carrié propose le terme de syndrome entéro-vésiculaire pour indiquer le retentissement prédominant sur la vésicule. G. Durand et M. E. Binet (2) dans un article récent sur les typhlo-cholécystites chroniques, envisagent des faits du même ordre. D'après ces auteurs, les accidents douloureux de la fosse iliaque

1. *Presse médicale*, 1923, n^o 18.

2. *La Médecine pratique*, 31 mars 1924.

droite sont attribuables à la typhlite, et font souvent porter à tort le diagnostic d'appendicite chronique : l'appendicectomie bien souvent n'amène aucun soulagement. Les poussées de cholécystite se surajoutent aux accidents typhlo-colitiques, ou alternent avec eux. Les troubles intestinaux (constipation simple, constipation avec débâcles paroxystiques, typhlo-colites à selles muqueuses) sont associés dans le tableau clinique avec des réactions gastriques plus ou moins accentuées.

L'association de l'appendicite et de la cholécystite que nous avons envisagée à l'occasion de leurs formes gastriques, n'est qu'un cas particulier de ces retentissements hépatiques des affections intestinales. L'appendicite chronique peut engendrer ou entretenir la typhlo-colite ou la stase cæcale ; la typhlo-colite peut subsister après appendicectomie et se compliquer de cholécystite, soit par propagation épiploïque (Haller, Pollart), soit par voie sanguine (la colibacillémie et la colibacillurie ont été parfois constatées). (G. Durand et M.-E. Binet). L'infection vésiculaire entretient alors en retour l'état intestinal. Nous avons observé avec P.-A. Carrié un cas démonstratif de séquelles d'appendicite avec typhlo-colite et cholécystite à bascule, dans lequel la filiation des accidents, encadrés par l'appendicectomie et la cholécystectomie, est nettement établie (obs. XXXV).

La coexistence de lithiase dans les cas de dyspepsie appendiculaire, est une éventualité fréquente : parfois elle est soupçonnée à tort, à la suite d'accidents à type de colique hépatique, suivis d'ictère. Il est bien souvent impossible d'en faire la preuve (radiographies négatives, cholestérinémie normale), et la présence de calculs dans la vésicule malade n'est

constatée qu'à l'intervention. G. Durand et M.-E. Binet (1) ont noté la coïncidence de l'appendicite et de la lithiase dans 80 observations ; tantôt les deux affections paraissent simultanées, dans la moitié des cas cependant l'appendicite a paru la première en date. Dieulafoy, Chauffard avaient déjà signalé cette association ; F. Ramond a insisté récemment sur la fréquence de la douleur appendiculaire au cours de la lithiase biliaire : il engage à ne pas confondre avec l'appendicite la douleur au point cœliaque inférieur (point de Moriss) dont la constatation serait de caractère banal.

1. *Monde médical*, 1^{er} juin 1922.

III

DIAGNOSTIC DE LA PÉRI-APPENDICITE

PÉRIVISCÉRITÉ, ÉPIPLOÏTE

Les discussions diagnostiques qui précèdent nous permettront d'être plus bref sur la question d'adhérences inflammatoires dans la région du carrefour sous-hépatique, constituant selon leur localisation prédominante la péripylorite, la périoduodénite, la péricholécystite.

Tout d'abord il n'est pas possible habituellement de faire une distinction artificielle de la périviscéríte, quand elle accompagne ou complique l'ulcus et la cholécystite. Quelquefois cependant elle constitue la seule lésion chirurgicale constatée. Elle peut représenter d'ailleurs un stade intermédiaire, avant l'apparition d'un ulcère. D'autre part, la périviscéríte peut être une lésion persistant après cicatrisation d'un ulcus: les travaux américains ont montré que des ulcères vrais pouvaient disparaître histologiquement, la périviscéríte restant la seule séquelle de l'ulcération disparue.

Il n'y a dans le tableau clinique aucun trait caractéristique qui puisse faire porter le diagnostic de simple périviscéríte. Avec l'ulcus et la cholécystite, elle constitue un groupe, dont l'expression clinique est le *syndrome du carrefour*, ce syndrome se retrouvant également dans de nombreux cas d'appendicite chronique où aucune lésion haute n'est constatée.

On se trouve en présence d'une dyspepsie hypersthénique appendiculaire, ou de séquelles d'appendicectomie du même type, avec douleur vive et nettement localisée à droite de la ligne médiane, dans la région cystico-duodéno-pylorique. Le problème est toujours le même: s'agit-il d'une complication de nature organique?

- Si l'on parvient à établir, à l'aide des signes cliniques et radiologiques que nous avons passés en revue, l'existence d'un ulcus ou d'une cholécystite, complication ou séquelle de l'appendicite, l'existence de périviscérite est probable, mais non constante. Il n'y a pas lieu, quand la péritonite plastique est seule en cause, de compter sur un signe clinique de certitude. Tous les signes habituels de la dyspepsie hypersthénique peuvent se retrouver, avec souvent une grande acuité des phénomènes douloureux; l'hématémèse ou le melaena peuvent être notés. La radiologie seule permet, dans un nombre important de cas, d'établir le diagnostic.

A l'examen radioscopique, l'obliquité de l'axe de l'estomac, la fixité de la région pylorique paraissant attirée très à droite de la ligne médiane, l'image de l'estomac en haltère en position couchée, seront des signes de présomption. Mais nous avons vu qu'il existait des dispositions congénitales donnant ces images, la traction s'exerçant par le ligament gastro-colique, et la connexion avec l'angle du colon ne résultant pas d'adhérences pathologiques (obs. XVIII). La présomption est plus grande s'il existe l'accolement en « canons de fusil » de l'angle colique droit, traduisant l'existence d'une péricolite de l'angle qui est souvent une lésion concomitante. Le syndrome de Holtzknecht, comme nous l'avons vu à propos de l'ulcère, peut être dû à la périoduodénite, mais peut

exister aussi dans l'ulcère, l'appendicite, la ptose ou la compression par la racine du mésentère.

Les *radiographies en série* donneront des renseignements plus précis: la périduodénite peut s'accompagner de déformations du bulbe par traction ou brides. On peut observer la rétraction totale de l'organe sous forme d'une tache irrégulière: il faut se méfier de la rétraction spasmodique, ou des spasmes localisés qui peuvent disparaître par l'atropine. Les aspects les plus habituellement décrits sont la forme en flammèche très allongée, avec angulation très aiguë du *genu superius*, le bulbe floconneux (obs. XXVIII), la déformation par traction (obs. XL). L'interprétation est souvent difficile; il faut éliminer les déformations ulcéreuses (niche, queue d'aronde). Dans bien des cas le diagnostic reste en suspens, et aucune lésion ne répond à l'apparence floconneuse constatée (obs. IX). MM. Enriquez et G. Durand insistent sur ces difficultés et rapportent des cas analogues (1). D'autres fois le diagnostic de la périviscérite est fait uniquement à l'intervention: beaucoup de cas de péricholécystite, avec ou sans adhérence de la vésicule au bord droit du duodénum, ne donnent aucune déformation caractéristique. Il pourrait en être de même dans les cas d'adhérences de la vésicule avec l'angle droit du transverse.

Si les signes appendiculaires sont très effacés, on pourra hésiter avec le diagnostic des périduodénites autonomes, parfois réduites à un simple état véla menteux rappelant les voiles péricoliques; ce sont des péritonites localisées dans lesquelles la tuberculose et la syphilis jouent probablement un rôle

1. *Les ulcères de l'estomac et du duodénum*. Masson et Cie, 1923.

étiologique, qui est toujours à rechercher ; elles peuvent être également consécutives à des ulcères disparus. Ces cas répondent aux périoduodénites essentielles de P. Duval. Tripier et Paviot incriminaient souvent la tuberculose dans leur étude des péritonites sous-hépatiques.

Si la périoduodénite s'accompagne de péricolite de l'angle, aux accidents gastriques peuvent se surajouter des accidents intestinaux traduisant la stase stercorale cæco-ascendante.

L'épiploïte

L'épiploïte chronique forme fréquemment le lien entre l'inflammation appendiculaire et les lésions à distance ; elle peut aussi exister seule sous forme d'épiploïte libre entretenant et prolongeant le syndrome dyspeptique.

Le grand épiploon forme dans l'abdomen une sorte d'énorme ganglion lymphatique étoilé (Ranvier). Mobile, malgré l'absence de fibres musculaires, il joue un rôle protecteur contre les corps étrangers, les microbes pénétrant dans la cavité péritonéale. En se portant aux points lésés, il rassemble et fixe les éléments étrangers, et participe aux processus plastiques de cicatrisation. Son rôle de défense, ainsi que son rôle de leucopoïèse n'est pas douteux. En cas d'infection trop virulente, ou trop continue comme dans l'appendicite chronique, l'inflammation gagne peu à peu l'épiploon et se propage grâce à sa richesse lymphatique, tandis que son activité leucocytaire se traduit par des modifications de la formule sanguine en liaison également avec un certain degré d'hyperfonctionnement de la rate.

C'est surtout Walther qui a attiré l'attention sur l'existence fréquente de l'épiploïte dans l'appendicite chronique. Sa statistique fondée sur 1453 cas la note dans 25 0/0 des cas. Elle se retrouve neuf fois nettement, deux fois à l'état léger dans 42 constatations que nous rapportons

Nous ne reviendrons pas sur la description classique donnée par Walther ; Haller y a consacré une étude documentée (1). Nous rappellerons qu'elle se traduit anatomiquement, selon l'ancienneté des lésions, par une teinte rosée, en placards le long des vaisseaux ; puis par les plaques granitées donnant une sensation granuleuse, et déterminant la trainée de bordure, d'abord du côté droit. Quand la sclérose est plus avancée, il existe un véritable épaissement de bordure, tandis que la face postérieure de l'épiploon présente des bandes fibreuses, des nœuds de rétraction dont les noyaux présentent parfois des poussées inflammatoires subaiguës. Au degré ultime l'organe est très réduit et rétracté. Cette épiploïte chronique peut être libre (obs. X, XXXVII) ou adhérente au péritoine pariétal (obs. XXXVIII) (région ombilicale ou caecale) où elle forme le gâteau épiploïque, au péritoine prérénal, et aux différents organes : au colon transverse parfois enserré dans un anneau, à l'angle colique droit (adhérences à la face inférieure du foie, accolements en canons de fusil), au cæcum et au colon ascendant au niveau desquels la péricolite membraneuse coexiste fréquemment avec l'épiploïte (obs. V, XIX), rarement à l'appendice (obs. XXI).

Ces lésions donnent-elles des signes cliniques permettant d'en poser le diagnostic ? Bien souvent on

1. Th. Paris, 1912.

ne peut qu'en soupçonner l'existence dans le tableau de l'appendicite chronique ; ou même l'épiploïte est une découverte opératoire. Elle est probable quand on peut faire le diagnostic de périviscérite du carrefour, ou de cholécystite : Pollart l'aurait rencontrée alors dans tous les cas.

M. Enriquez insiste sur la fréquence et la valeur de l'état nauséux dans la péri-appendicite et tout particulièrement dans l'épiploïte. Celle-ci joue un rôle aggravant dans la douleur sourde ou la pesanteur du côté droit de l'abdomen. L'irradiation à l'ombilic, la douleur constatée du côté gauche (obs. IX, XVIII, XXXVIII, XLIII) en dedans du cadre colique, sont des signes de présomption. L'adhérence à la paroi abdominale antérieure peut se traduire par un tiraillement douloureux quand le malade se penche en arrière. Elle donne également des douleurs lombaires qui n'indiquent pas nécessairement des adhérences postérieures.

L'existence de la zone douloureuse sous-hépatique, partant de la région appendiculaire, avec défense musculaire, est un signe de présomption pour Walther et Haller. Nous avons vu que ce signe est d'une extrême fréquence dans nos observations, même quand aucune lésion d'épiploïte n'a été notée à l'intervention. Le signe a plus de valeur quand la douleur sous-hépatique est provoquée par la palpation à distance.

Quand la palpation décèle d'une façon nette le gâteau épiploïque para-cæcal, la tuméfaction allongée étendue le long de la partie interne du colon ascendant (épaississement de bordure) avec submatité à la percussion, quand cette *tumeur épiploïque* est nettement distincte du cæcum que l'on peut sentir distendu, gargouillant, douloureux, on est en droit

d'affirmer l'existence de l'épiploïte. Il en est de même quand on observe des signes de stase du colon droit, avec dilatation cæcale visible à la radioscopie, déformation de l'angle droit avec accollement en canons de fusil, malaise provoqué par la palpation de l'angle, impossibilité de déplacer en dehors l'image du cæco-ascendant : il faut cependant une grande prudence dans ces interprétations.

Chez les appendicectomisés, l'existence d'épiploïte négligée à l'intervention, ou développée à sa suite, entretenue par la colite chronique (Haller), se traduit par les mêmes signes. De plus on peut observer chez eux de véritables crises aiguës simulant les crises aiguës d'appendicite. Tandis qu'il est bien difficile de déterminer pour la première catégorie de malades ce qui revient à l'appendicite chronique et la part de l'épiploïte, chez les appendicectomisés l'existence d'un état subfébrile permanent, ou de poussées fébriles irrégulières est en faveur d'épiploïte ou de périviscérite en évolution.

M. Enriquez attribue dans tous les cas une importance diagnostique à l'hypertrophie légère de la rate, ainsi qu'aux modifications de la formule sanguine, en particulier à la mononucléose (obs. IX, XXXVII, XXXIX). Quelquefois l'épiploïte s'accompagne de leucocytose polynucléaire (obs. XXI). La leucocytose a été rencontrée également dans la périviscérite (obs. XIX, XL). Il ne faut pas attribuer cependant à la leucocytose une valeur absolue : on a pu la constater sans épiploïte (obs. III, VII, XXV). Néanmoins c'est un bon signe d'appoint.

Il en est de même de la cicatrice chéloïdienne chez les appendicectomisés. Pour M. Enriquez, elle va souvent de pair avec le processus infectieux chronique évoluant dans la profondeur.

L'épiploïte, surtout l'épiploïte adhérente est la cause prédominante des séquelles douloureuses de la fosse iliaque droite, qui guérissent alors par la résection avec libération d'adhérences : ces cas sont nombreux, et forment la majeure partie des observations dans la thèse de Flandrin. L'épiploïte entretient et aggrave les troubles coliques (Walther, Haller), et elle crée par les déformations qu'elle entraîne les syndromes mécaniques de subobstruction du colon droit (De Martel et Antoine). Mais elle joue aussi un rôle important dans les syndromes gastralgiques qui nous occupent ; comme dans les autres complications, on peut y rencontrer l'hématémèse (obs. XXXVIII) ; la résection de l'épiploon malade s'impose pour obtenir la guérison des troubles dyspeptiques.

Cette symptomatologie, et ce rôle pathologique spécial de l'épiploïte n'appartient pas en propre à l'appendicite chronique. Elle est une réaction d'ordre plus général. Il est possible qu'elle complique les lésions annexielles chez la femme. M. Enriquez propose d'appeler *épiploïte ascendante* la variété très commune où l'infection partie du foyer appendiculaire va diffuser vers la région sous hépatique. Dans un cas d'appendicite suraiguë, F. Ramond et Parturier ont constaté « une vaste trainée de lymphangite, partant de l'appendice gangréné, remontant le long des vaisseaux mésentériques pour venir s'étaler derrière le duodénum et se perdre sous la racine du mésentère à droite. » Dans d'autres cas, et nous retrouvons là le mode pathogénique déjà invoqué par Tripier et Paviot, l'inflammation peut naître de la région péri-vésiculaire, ou d'un foyer de périviscérinite du carrefour, secondaire ou non à un ulcus, et se propager par voie descendante. Nous

signalons plus loin (obs. XLVIII), dans un but de comparaison, une *épiploïte descendante* consécutive à une *péricholécystite*, où l'on retrouve la symptomatologie de la douleur étagée partant du carrefour, gagnant le point parombilical droit, puis l'extrémité d'une cicatrice récente de hernie inguinale, chez un malade qui n'a jamais présenté de signe appendiculaire.

IV

CONSTATATIONS OPÉRATOIRES ET RÉSULTATS CLINIQUES

Les troubles fonctionnels de l'appendicite chronique à forme gastrique peuvent parfois être amendés d'une façon suffisante par le traitement médical longtemps poursuivi, et les crises douloureuses peuvent s'espacer ou s'atténuer. Mais souvent les sédations obtenues sont insuffisantes ou temporaires, et la guérison ne peut être attendue que du traitement chirurgical.

Si l'on se reporte aux statistiques générales concernant les résultats de l'intervention, on est frappé par leur discordance. Si certains auteurs (Vanverts, Phocas) déclarent avoir guéri tous leurs malades, ou ne reconnaissent qu'une infime proportion d'échecs (Sonnenburg), la plupart signalent une proportion variable de résultats mauvais, ou incomplets. Delagenière, sur 320 cas, a eu 26 échecs dont 17 ont fini par une tardive guérison. Forgeue, sur 120 cas, accuse 20 0/0 d'améliorations incomplètes, 5 0/0 d'échecs. Graham et Guthrie (statistique de 118 cas de dyspepsie appendiculaire) donnent 78 0/0 de guérisons, 17 0/0 d'améliorations, 5 0/0 d'échecs. La récente statistique de Gibson porte sur 535 cas opérés par lui. En laissant de côté les 106 cas perdus de vue, il trouve :

259 cas avec résultats excellents.

65 cas avec résultats satisfaisants mais conservation de quelques troubles dyspeptiques, et de constipation.

102 mauvais résultats avec persistance de tous les troubles sans aucune amélioration.

3 décès.

Ce qui donne environ 25 0/0 d'échecs et 15 0/0 de résultats incomplets.

M. Enriquez trouve une proportion voisine et évalue à 30 0/0 environ le nombre des échecs. Dans les formes gastropathiques que nous avons suivies, nous estimons à un quart la proportion des insuccès; il existe d'ailleurs toutes les transitions entre l'insuccès complet et les améliorations équivalant pratiquement à la guérison.

Les malades qui présentent des séquelles vont en général trouver le chirurgien qui a pratiqué l'appendicectomie, lorsqu'ils se plaignent de douleurs locales, leur paraissant en rapport avec l'intervention qu'ils ont subie. La thérapeutique chirurgicale est alors souvent efficace, dans les cas d'épiploïte avec ou sans adhérences.

Lorsqu'il persiste des troubles dyspeptiques après intervention, et surtout lorsqu'il survient tardivement des séquelles gastralgiques, les malades n'incriminent pas le lien possible entre leur ancienne appendicite chronique et le syndrome gastrique. Ils passent facilement l'intervention sous silence, lorsqu'ils viennent aux consultations de gastro-entérologie. C'est là qu'on peut rencontrer, parmi les dyspeptiques de toute nature, une proportion très élevée d'appendicectomisés.

Ces constatations amènent naturellement à discuter, dans nombre de cas, le diagnostic d'appendicite

chronique. La question est d'autant plus délicate que les arguments invoqués pour affirmer la légitimité du diagnostic sont loin d'avoir une valeur absolue, qu'il s'agisse de l'anatomie pathologique, de la clinique ou de la thérapeutique.

L'appendicite chronique est une affection complexe qui a « une personnalité clinique plutôt qu'histologique » (Silhol).

Les études anatomo-pathologiques ont amené aux conclusions suivantes : il n'y a aucun parallélisme à établir entre les lésions appendiculaires et leurs manifestations cliniques. Dans beaucoup de cas, des symptômes très accusés sont supprimés par l'ablation d'un appendice ne présentant que des lésions minimes (obs. I). Inversement on peut trouver des lésions incontestables sans que le malade ait présenté des signes cliniques appendiculaires. Rochard l'a constaté neuf fois sur 23 appendicectomies faites au cours de laparotomies pratiquées pour d'autres causes. Tuffier et Marcland ont trouvé des lésions appendiculaires, ou péri-appendiculaires dans la moitié des autopsies banales. Letulle, par l'examen d'un millier d'appendices prélevés au hasard, conclut que l'apparence histologique normale de l'appendice n'est pas fréquente. « Un appendice qui présente des lésions histologiques ne suppose pas forcément une appendicite clinique » (Silhol).

Gibson, dont nous avons rapporté la statistique, n'a trouvé que 85 0/0 d'appendices histologiquement malades chez les opérés que l'appendicectomie a guéris. Chez les opérés non guéris, 63 0/0 des appendices ont été reconnus malades.

Lorsqu'il se rencontre des lésions inflammatoires péri-appendiculaires, ou des lésions disséminées d'épiploïte chronique, leur existence confirme la plu-

part du temps l'inflammation appendiculaire, mais il n'y a pas non plus de parallélisme entre le degré et l'étendue de ces lésions et les altérations de l'appendice.

En l'absence de lésions macroscopiques, nettes, évidentes, ce n'est donc pas par l'examen histologique de l'appendice que le problème de l'origine appendiculaire de la gastropathie pourra être rétrospectivement résolu. Les éléments en sont trop incertains et aléatoires, surtout si les lésions folliculaires n'atteignent pas les types ulcéreux ou suppurés, et restent au stade congestif ou hémorragique, hypertrophique ou scléreux. On conçoit d'ailleurs que, dans l'évolution si longue de la maladie, les lésions initiales appendiculaires aient pu rétrocéder, tandis que les lésions extensives progressaient, la dyspepsie continuant alors son évolution sans rapport avec le peu d'intensité de la lésion primitive. Les lésions nerveuses histologiques signalées par Masson jouent également un rôle important : nous aurons l'occasion d'y revenir.

Mais si nous ne trouvons pas dans l'anatomie pathologique un critérium de certitude, y a-t-il des éléments dans la clinique qui permettent une affirmation certaine ? L'élément fondamental qui permet le diagnostic étiologique des gastropathies appendiculaires est l'existence de la souffrance locale de l'appendice. Mais nous avons vu qu'il n'existait pas toujours nettement, malgré une recherche systématique. D'autre part la constatation d'un simple « point appendiculaire », ou d'une douleur plus ou moins bien localisée de la fosse iliaque droite est un phénomène assez banalement rencontré qui demande une interprétation prudente. La douleur peut être d'origine ganglionnaire, ou iléale, ou cœcale. Il faut

tenir compte de l'inflammation caecale, de la typhlite qui peut exister chez ces malades qui ont pour la plupart quelques troubles légers du gros intestin ; on peut sentir fréquemment un gros cæcum, paraissant un peu épaissi, donnant la sensation d'une plus grande plénitude dans la fosse iliaque droite. Il est parfois nécessaire, avant de se prononcer, de traiter longuement les troubles colitiques pour éliminer la réaction du gros intestin. D'autre part, si l'appendicite chronique est la plus fréquente des maladies abdominales, elle ne résume pas toutes les affections douloureuses de la fosse iliaque droite. De Martel et Antoine insistent à juste titre sur la nécessité des examens méthodiques du colon pour faire la part des syndromes mécaniques, congénitaux ou dus à des adhérences (ptoses cæco-coliques, membranes de Jackson, cæcum anormalement mobile, accolements, mésentérite rétractile engendrant la coudure de Lane, etc.) ; les processus d'adhérences pouvant eux-mêmes être provoqués par l'appendicite chronique. L'appendice peut de plus occuper des positions variables, ce qui prête à l'erreur. Quand il existe un rein mobile ou une affection rénale, la douleur iliaque provoquée peut être due à la pression de l'uretère.

Le syndrome iliaque est donc un élément important, mais variable selon les cas, et souvent d'interprétation douteuse. Nous avons vu que sous sa forme la plus explicite, il associe la douleur précise, profonde, localisée, fixe, du point de Mac Burney, contrôlée à l'écran, avec la contracture légère, l'hyperesthésie, l'abolition du réflexe cutané abdominal, le signe de Rovsing, et parfois la fixité du cæcum. Mais cette netteté n'existe pas toujours, et il faut tenir le plus grand compte des signes dyspeptiques ou toxémiques associés.

Devant les incertitudes ou les difficultés de l'anatomie pathologique et de la clinique, il reste à envisager les effets de l'appendicectomie, l'ablation ayant la valeur d'un véritable traitement d'épreuve appliqué à la dyspepsie dont on incrimine l'origine appendiculaire. Or nous venons de voir que dans les statistiques, l'appendicectomie n'a de succès que dans 70 0/0 des cas environ.

Loin de conclure alors purement et simplement à des erreurs de diagnostic pour les cas restants, il faut se demander dans quelle mesure les lésions associées interviennent pour expliquer les échecs. Si le syndrome gastrique n'est pas amélioré, ou s'aggrave, même après l'ablation d'un appendice malade; peut on affirmer l'existence d'une gastropathie autonome ou de toute autre affection organique de voisinage ?

A la théorie des accidents dits « réflexes », les recherches récentes ont ajouté des notions pathogéniques intéressantes :

Théorie de la propagation épiploïque. — L'appendicite chronique s'est accompagnée d'infection de l'épiploon, d'épiploïte ascendante. Celle-ci, non reconnue à la suite d'intervention où l'exploration par une petite incision locale a été insuffisante, ou non traitée, ou récidivante, continue son évolution à bas bruit, engendrant des adhérences inflammatoires, propageant par la voie lymphatique ou par contiguïté l'infection à la région du carrefour sous-hépatique. Il en résulte un élément organique entretenant ou aggravant la dyspepsie réflexe, qui peut même plus tard se compliquer de cholécystite ou d'ulcère, l'infection gagnant la paroi des organes entourés d'adhérences. Pollart déclare avoir constamment trouvé l'épiploïte intermédiaire entre l'ap-

pendicite et la cholécystite. Il n'en est pas toujours ainsi dans nos observations. Il est possible que dans les cas de complications à distance, l'inflammation de la portion moyenne de l'épiploon reste à un degré léger, et paraisse guérie. On sait d'ailleurs qu'il est souvent difficile d'affirmer l'intégrité de l'épiploon, au cours de l'examen opératoire (obs. VI, VIII).

Théorie de Rosenow. — Rosenow, à la suite de ses expériences, incrimine la même origine infectieuse, à point de départ buccal, pour les différentes affections que nous avons vu s'associer ou se succéder chez les mêmes malades. Des bactéries buccales « à pouvoir infectieux électif », des streptocoques en particulier, inoculés aux animaux, reproduisent des foyers infectieux uniquement sur l'estomac, le duodénum, la vésicule, le pancréas et l'appendice. L'inoculation septique provenant d'un foyer d'appendicite, d'un ulcère gastrique ou duodénal, d'une cholécystite de l'homme, reproduit chez l'animal une localisation tantôt sur l'organe homologue, tantôt sur un des différents organes du groupe envisagé. Il en résulterait que l'expérimentation bactériologique réalise et explique les diverses associations morbides que nous avons passées en revue ici à propos de l'appendicite.

Il y a là en outre un argument de plus, d'ordre expérimental, pour engager les malades à un traitement rigoureux de leurs infections dentaires ou amygdaliennes.

L'influence des troubles colitiques, quelquefois dissimulés, a été de nouveau mise en valeur par Brûlé et Garban, G. Durand et M. E. Binet, dans l'étiologie des déterminations hépato-vésiculaires. Il est certain que ce mécanisme intervient dans de nombreux cas. Les lésions de la muqueuse du gros

intestin, qu'elles soient entretenues ou non par une appendicite chronique, permettent des migrations microbiennes qui, par l'intermédiaire de la circulation porte on de la circulation générale (syndrome entéro-vésiculaire), viennent s'éliminer au niveau du foie et des voies biliaires. La colite chronique réagit d'ailleurs également sur la production de l'épiloïte (Haller).

Influence des lésions du système nerveux. — Masson, étudiant l'anatomie pathologique des appendicites chroniques, scléreuses et oblitérantes du service du professeur Gosset, a trouvé dans les 9/10 des cas, l'existence de névromes diffus, analogues aux névromes des moignons d'amputation. En présence de ces lésions nerveuses périphériques, on peut donc se demander si les troubles autrefois considérés comme simplement réflexes, ne sont pas sous la dépendance de lésions véritables, de névrite dépassant le plexus nerveux appendiculaire. Dans bien des cas, l'existence, dans l'appendicite chronique, de véritables crises gastriques, alternant avec une santé d'apparence normale dans les intervalles, rappelle tout à fait le tableau des crises solaires du tabes.

Avec quelle fréquence les lésions associées sont-elles trouvées dans les cas d'appendicite chronique à forme gastrique, et dans quelle mesure entretiennent-elles les séquelles du même ordre ? Telle est la question que nous nous posons au terme de cette étude. Pour résoudre le problème, nous ne pouvons nous adresser qu'aux cas ayant amené une exploration chirurgicale suffisamment complète. Nous envisagerons successivement :

1° Tout d'abord des appendicites chroniques à forme gastrique, où l'importance des troubles stomacaux a été telle qu'on a été amené à demander au chirurgien l'exploration des organes du carrefour sous-hépatique, certains éléments cliniques ou radiologiques faisant suspecter la nature organique possible des troubles dyspeptiques.

2° Des séquelles, à symptomatologie gastrique, ayant amené une deuxième intervention.

I. — L'exploration par une simple incision de Mac Burney est insuffisante pour dire s'il y a des lésions de l'étage supérieur et pour les incriminer en connaissance de cause en cas d'échec. D'accord avec M. Enriquez, le professeur Gosset et ses collaborateurs ont systématiquement exploré l'estomac, le duodénum, le vésicule, l'épiploon, la terminaison du grêle et le cæco-ascendant, dans une trentaine d'observations que nous rapportons. Nous avons cru devoir les rapporter toutes, pour donner une idée exacte des difficultés d'interprétation rencontrées dans la pratique.

Dans 20 cas où le diagnostic d'appendicite chronique avait été fait, et où on demandait par précaution l'exploration du carrefour sous-hépatique:

Seize fois (obs. I à XVI) l'exploration a été négative et n'a montré aucune lésion de la région gastroduodéno-vésiculaire. Sur ces 16 cas, trois fois seulement il existait de l'épiploïte.

Trois fois, l'exploration a montré de la périviscérite (péricholécystite); dans 2 de ces cas, il existait de l'épiploïte. Une fois on a trouvé une cholécystite avec péricholécystite (obs. XVII à XX).

Dans 8 cas (obs. XXI à XXVIII) où le diagnostic porté était celui d'appendicite chronique avec ulcère, ou d'ulcère avec quelques symptômes appendicu-

lares pour lesquels on demandait l'appendicectomie:

Quatre fois, l'exploration du carrefour a été négative (un cas d'épiploïte).

Une fois, l'estomac a été trouvé très dilaté, sans ulcère, et la gastro-entérostomie a été pratiquée.

Dans les 3 cas restants, on a trouvé respectivement périoduodénite, cholécystite, et péricholécystite avec épiploïte.

Enfin dans 4 cas où le diagnostic porté était celui d'ulcère (obs. XXIX, XXX, XXXI) ou cancer (obs. XXXII) et où aucun signe appendiculaire n'avait été noté, l'intervention n'a montré aucune lésion de l'estomac et du carrefour, mais des lésions appendiculaires (épiploïte dans un cas).

Nous signalerons ici, sans y insister davantage (Voir Association avec l'ulcus) un certain nombre d'observations d'ulcères diagnostiqués et opérés, où des lésions appendiculaires ont été trouvées parallèlement. Mais l'état de l'appendice n'a pas été l'objet d'une vérification systématique dans les cas d'ulcère, et on ne saurait tirer de conclusion statistique de ces observations isolées. Au point de vue pronostique d'autre part, l'ulcère constitue alors la lésion la plus importante, et les effets de l'appendicectomie, quand elle a été pratiquée, sont impossibles à déterminer.

Il en est de même dans les observations de cholécystite avec appendicite, où l'association des deux affections a été cliniquement diagnostiquée, et vérifiée à l'intervention.

Sur les 32 malades, 21 seulement ont pu être revus à plus ou moins longue échéance (1 à 4 ans).

Quatorze se déclarent nettement améliorés ou guéris.

Deux n'ont eu qu'une amélioration très tardive

(2 ou 3 ans) où il est difficile de faire la part exacte qui revient à l'intervention.

Cinq n'ont pas tiré bénéfice de l'intervention.

Nous voyons que nous retrouvons, dans ces formes gastriques, à peu près la proportion que nous avons admise pour les statistiques globales de l'appendicite chronique. C'est celle également que nous avons retrouvée dans les cas où le syndrome gastrique était moins accusé, et, où l'opération pratiquée par la voie habituelle, n'a permis qu'une simple exploration péri-appendiculaire, avec vérification de l'épiploon.

Parmi les malades nettement améliorés, la moitié n'avaient ni lésion du carrefour, ni épiploïte : ce sont les cas les plus rapidement améliorés. Les autres présentaient de l'épiploïte, avec ou sans péricholécystite : l'amélioration a été nette, mais plus tardive. Chez tous d'ailleurs, si satisfaisant que soit le résultat, il subsiste quelques troubles dyspeptiques généralement très atténués : les malades restent d'eux-mêmes au régime des dyspeptiques et se déclarent dans l'impossibilité de supporter les écarts (vins, mets épicés, crudités, sauces) ; souvent le lait et les œufs sont mal tolérés. La constipation est habituelle, parfois plus accusée qu'avant l'intervention.

Dans deux cas nous avons constaté une amélioration portant uniquement sur l'état général : augmentation de poids, fin de l'état subfébrile, reprise de l'activité, tandis que les troubles stomacaux n'avaient subi aucune modification. L'ablation de l'appendice, accompagnée dans un de ces cas par la résection de l'épiploon, a supprimé le foyer infectieux et fait disparaître la toxémie, sans modifier le syndrome gastrique qui avait évolué parallèlement.

Parmi les malades améliorés très tardivement, ou non améliorés par l'intervention, nous trouvons 4 cas sans lésion du carrefour, ni épiploïte, 2 cas d'épiploïte, un cas de cholécystite.

Nous voyons donc que dans nos observations, la présence ou l'absence des lésions extensives d'ordre chirurgicale n'a pas de rapport constant avec le résultat obtenu. Comme il est constaté en général dans l'appendicite chronique, il n'y a pas de parallélisme net entre les lésions constatées et les effets opératoires. La nécessité de réséquer un épiploon malade, et même l'existence d'un certain degré de périviscéríte qui laisse persister au niveau du carrefour, et autour de la vésicule en particulier, un processus d'inflammation chronique, sont des éléments qui ne paraissent pas diminuer nettement les chances de guérison : ces lésions extensives le retardent cependant dans un certain nombre de cas, et on peut les incriminer dans la persistance des quelques troubles dyspeptiques qui subsistent après l'intervention.

Certains cas d'échecs sont d'une interprétation très difficile. Faut-il conclure qu'il ne s'agissait pas d'appendicite chronique, ou que les troubles dyspeptiques n'étaient pas sous la dépendance des altérations appendiculaires ? Il y a bien des éléments qui nous échappent à l'heure actuelle. Cliniquement, quand on compare les observations, on voit que souvent rien ne distingue les deux groupes, dont l'évolution post-opératoire est cependant si opposée. Les signes iliaques, les altérations appendiculaires souvent peu marquées, se retrouvent parallèlement dans l'histoire des malades : on ne saurait les considérer comme des éléments négligeables du tableau clinique. Si nous possédons aujourd'hui plus de

moyens pour faire à l'avance un inventaire plus complet des lésions, nous sommes forcés de reconnaître qu'aucun élément ne nous permet de prévoir à coup sûr le pronostic post-opératoire.

II. — Si l'on se reporte aux observations des séquelles à type gastrique, on voit que 8 opérations que nous rapportons il y a 7 cas de lésions chirurgicales. Dans un cas où aucune lésion chirurgicale n'a été trouvée (obs. XXXVI), la malade a accusé pendant un an une amélioration fonctionnelle à la suite de la laparotomie exploratrice, ce qui démontre une fois de plus l'influence du facteur psychique sur l'état dyspeptique, surtout sans lésion organique manifeste.

Dans les autres observations les résultats sont variables : une intervention pour périduodénite avec épiploïte a eu un résultat excellent (obs. XXXIX) ; ainsi qu'une cholécystectomie (obs. XXXV) et une gastro entérostomie pour ulcus duodénal (obs. XLII) En revanche, le résultat de la cholécystectomie est peu favorable dans l'observation XLI.

Dans un cas de péricholécystite, la libération des adhérences n'a donné lieu qu'à une amélioration éphémère, avec reprise ultérieure de la dyspepsie douloureuse (obs. XL).

Dans un autre cas, la résection épiploïque a procuré une amélioration très nette, mais transitoire (obs. XXXVIII).

Mais ces observations de séquelles réopérées ne constituent qu'un petit nombre des cas de syndromes gastriques post-appendiculaires que nous avons pu observer. Si dans les opérations secondaires rapportées par Flandrin, « de grosses lésions légitimaient le tableau clinique », nous ne saurions conclure de même pour les formes que nous envisa-

geons. La plupart des malades n'acceptent pas volontiers la perspective d'une deuxième intervention ; on ne peut la conseiller qu'en présence de signes positifs de lésions chirurgicales. Devant la difficulté de faire, dans les séquelles, un diagnostic précis de lésions chirurgicales, on ne peut déterminer la proportion de celles-ci. Il est certain qu'un nombre relativement élevé de séquelles à syndrome gastrique ne sont pas sous la dépendance de lésions macroscopiques évidentes : l'observation XXXVI en est un exemple. D'ailleurs on peut conclure de même quand on voit persister les accidents dyspeptiques sans changement après l'appendicectomie, lorsque l'exploration de l'épiploon et des organes du carrefour pratiquée à cette occasion a été totalement négative : on ne peut être tenté, dans ce cas, s'il ne survient pas d'élément clinique nouveau et indiscutable, d'incriminer l'une ou l'autre des lésions extensives.

Quand la première exploration a été insuffisante, il persiste un doute, que l'on ne peut pas toujours transformer en certitude. Il est facile alors de parler d'adhérences sans preuve, de processus d'épiploïte par hypothèse, mais il faut des éléments plus solides pour légitimer la décision d'une nouvelle intervention. A la lumière des récents progrès, on peut suivre le problème de plus près, et tenter de déceler les lésions de péri appendicite. Nous connaissons mieux aussi les aptitudes pathologiques de ces malades, et en étudiant minutieusement le tableau clinique, nous pouvons nous efforcer de dépister au plus tôt les complications organiques (ulcus, cholécystite) qui peuvent se substituer peu à peu à la dyspepsie initiale.

Si intéressantes que soient les notions nouvellement acquises, elles ne donnent cependant pas

encore la clef de tous les problèmes. Il s'en faut de beaucoup que les lésions associées expliquent tous les échecs. Les cas publiés dans la littérature médicale sont choisis parmi les plus démonstratifs, dans lesquels une constatation précise vient illustrer une observation. Dans la pratique, les séquelles dont l'origine reste incertaine, ou paraît tout au moins d'un traitement chirurgicale aléatoire, sont de beaucoup les plus courantes. Peut-être faut-il faire alors une large part à ces lésions nerveuses décrites par Masson, ou à des altérations pour ainsi dire microscopiques de l'épiploon, du mésentère, suffisantes néanmoins pour entretenir à distance le syndrome pylorique. Le rôle des troubles coliques si souvent persistants (stase stercorale, typhlo-colite), l'état défectueux du fonctionnement hépato biliaire sont aussi des facteurs de persistance des troubles dyspeptiques. Aussi ne saurait-on admettre sans restrictions que, dans l'appendicite chronique, la dyspepsie réflexe guérit par l'appendicectomie, tandis que la persistance des troubles, après ablation d'un appendice malade, traduirait nécessairement l'existence de lésions chirurgicales associées.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les notions acquises dans le cours de cette étude permettent de dégager, dans ses grandes lignes, la conduite à tenir.

I. — Lorsque le diagnostic d'appendicite chronique à syndrome gastrique est nettement établi, quand le malade a spontanément souffert de son appendice, avec ou sans crises aiguës, quand les signes iliaques sont importants avec douleur vive et un certain degré de contracture, il n'y a pas lieu de poursuivre le traitement médical pendant longtemps, surtout si le malade n'en retire aucun bénéfice ; l'intervention est en général facilement acceptée. Quand les signes appendiculaires sont plus effacés, il faut les suivre longuement et attentivement, en persévérant dans le traitement médical. Durant cette période d'observation, on adjoindra au traitement de la dyspepsie gastrique la diététique nécessaire pour atténuer les troubles colitiques, et éliminer l'influence de la typhlo-colite. Si les symptômes persistent ou s'accroissent, si le résultat obtenu est insuffisant, on aura toutes les raisons de faire comprendre au malade l'opportunité de l'appendicectomie, et les chances de guérison qui en résultent.

Si l'on a des motifs sérieux de soupçonner l'une des lésions à distance que nous avons passées en

revue, et à plus forte raison si on est parvenu à en établir le diagnostic précis, l'avantage d'une exploration étendue est hors de doute. Cette méthode permet non seulement d'enlever l'appendice malade et de traiter les lésions iliaques, mais aussi de vérifier l'épiploon et le carrefour sous-hépatique, de pratiquer s'il y a lieu la résection totale de l'épiploon, et le traitement des lésions associées (libération d'adhérences, parfois cholécystectomie, ou même résection d'un ulcus ou gastro-entérostomie).

La voie d'abord est variable : nous ne soulèverons pas ici les questions de technique qui sont du ressort chirurgical. Comme on peut le voir dans les observations, le professeur Gosset a pratiqué selon les cas tantôt la laparotomie médiane sus-ombilicale, tantôt l'incision transversale sus-ombilicale droite, ou même l'incision de Mac Burney élargie. La voie haute, médiane ou transversale, présente un avantage incontestable, c'est de permettre une opération très complète, impossible à réaliser par l'incision habituelle de dimensions réduites. Si l'intervention large n'est pas acceptée ou si elle ne paraît pas légitimée par l'étude clinique, l'exploration par voie iliaque devra tout au moins comporter la vérification et le traitement des lésions juxta-appendiculaires avec cette toilette minutieuse de l'épiploon et du colon, sur laquelle a insisté Walther.

Un traitement diététique prolongé avec surveillance médicale s'imposera après toute intervention de cette nature.

II. — Si le malade a été autrefois appendicectomisé par la voie habituelle, et s'il présente des séquelles gastralgiques, le traitement médical devra être longtemps poursuivi. En cas d'échec, si l'on parvient à faire un diagnostic précis de cholécystite ou

d'ulcère, la complication pourra devenir justiciable du traitement chirurgical. Il est beaucoup plus délicat de diagnostiquer l'épiploïte libre, ou adhérente, et la périviscérite, et d'en poser les indications opératoires.

Si le traitement chirurgical de l'épiploïte par la résection est habituellement le plus facile, et suivi de succès, la thérapeutique des adhérences est parfois très aléatoire. Dans les cas de déformations engendrant des troubles mécaniques, la section des brides et la libération des adhérences qui occasionnent des coudures ou des rétrécissements peut être suivie d'un succès complet. Lorsqu'il s'agit simplement de phénomènes douloureux, d'ordre inflammatoire, la libération des surfaces accolées est souvent insuffisante. On peut obtenir une amélioration temporaire comme dans l'observation XL, mais il y a tout lieu de craindre que les adhérences ne se reforment et ne s'étendent. Le traitement des adhérences est un des principaux écueils et un des problèmes les plus délicats de la chirurgie abdominale. Les nombreux essais tentés jusqu'ici pour produire une péritonisation nouvelle des surfaces cruentées, depuis les injections de corps gras, de paraffine jusqu'aux greffes de membranes animales ou humaines n'ont pas donné de résultats décisifs. On sera donc très prudent dans les indications opératoires pour adhérences, et très réservé sur leur pronostic fonctionnel.

Il est un autre point qui doit incliner à une certaine réserve, c'est l'existence de ptoses accentuées : les résultats fonctionnels obtenus dans ces cas sont souvent défavorables, en raison du fléchissement physiologique général des organes abdominaux et de la mauvaise qualité des replis séreux.

Le traitement médical est loin d'être sans action sur ces malades, et il doit être poursuivi avec patience, soit qu'il y ait des obstacles à l'appendicectomie, soit qu'il s'agisse de séquelles à type gastropathique. Il n'existe pas de traitement spécial de ces dyspepsies d'origine appendiculaire, et les moyens employés ne diffèrent pas de la thérapeutique habituelle des états dyspeptiques. L'indication essentielle est de calmer les phénomènes douloureux, qui sont sous la dépendance du syndrome pylorique, de l'hypersécrétion associée, et d'une façon générale de la réaction nerveuse vagotonique.

La diététique s'inspirera du régime ordinairement prescrit dans les dyspepsies hypersthéniques ou atoniques. La connaissance de la nature exacte, et de l'origine appendiculaire du syndrome gastrique permettra d'être moins rigoureux que lorsqu'on soupçonne un ulcère. Beaucoup de malades ont été souvent pendant des mois à des régimes très sévères, ou même au régime lacté absolu dans l'hypothèse d'un ulcus. Mais dans la majorité des cas on parvient à éliminer cette idée, avec les craintes d'accidents graves qu'elle comporte (perforation, hémorragies), et l'on peut ainsi donner à ces malades un régime plus varié et plus réconfortant. On appliquera habituellement le régime qu'il est banal de conseiller dans les états dyspeptiques, et qui est à base de pâtes, légumes, compotes, viandes grillées, poissons frais, fromages frais, etc. Nous avons signalé déjà l'effet fréquemment néfaste des œufs et du lait chez ces malades à intestin fragile. Les œufs et les aliments riches en cholestérine sont à proscrire dans les associations hépato-biliaires. Les laits fermentés sont habituellement mieux tolérés.

Contre les douleurs du syndrome pylorique, on

emploiera la thérapeutique symptomatique habituelle, surtout les antispasmodiques, belladone, atropine en injections sous-cutanées à doses progressives, association belladone-adréraline dans les troubles à caractère vagotonique. Les bromures, bromure de sodium, bromure de camphre, associé ou non à la belladone et à la jusquiame, ont souvent aussi une action favorable. Les opiacés, la cocaïne peuvent généralement être évités. Les alcalins sont également à prescrire, soit en solutions, soit en cachets avec du carbonate de chaux ou de la magnésie. Les poudres inertes, bismuth, kaolin, ont un effet moins constant que dans les lésions ulcéreuses; on en obtient cependant des effets de sédation. Le régime de Sippy, où le malade absorbe à intervalles réguliers des prises de lait et d'huile d'olives mélangées par battage est également un moyen d'améliorer le syndrome pylorique; il a toutefois l'inconvénient de surcharger de graisse les replis séreux et l'épiploon, ce qui peut gêner ultérieurement l'exploration et l'intervention chirurgicale. Dans les dyspepsies atoniques, l'ésérine, recommandée par Moutier, est susceptible de modifier les troubles associés.

Les différents médicaments usuels peuvent être employés successivement, ou combinés : à cet égard il n'est pas possible de donner des indications précises : on s'inspirera des nuances du tableau clinique, et des résultats obtenus, qui sont souvent fort dissemblables selon les malades (obs. XXXVIII, XLV, XLVII).

Dans les cas où il existe des signes de colite, le régime végétarien peut rendre des services, combiné à l'emploi des mucilages, agar-agar, coréine, et à l'huile de paraffine, pour éviter la constipation. Le charbon, surtout le charbon animal, les ferments

lactiques pourront restreindre les putréfactions. En général il y a lieu d'employer avec une grande prudence les lavages d'intestin, les purgatifs salins, et aussi les cholagogues tels que la bile, le calomel.

Au traitement diététique et médicamenteux, il convient d'ajouter les moyens externes : port d'une ceinture hypogastrique dans les cas de ptose accentuée, applications locales chaudes et surtout diathermie. L'emploi de cette méthode, sur laquelle ont insisté G. Durand et Nemours, a surtout un effet de sédation sur les phénomènes douloureux, ainsi que sur les cholécystites et les typhlo-colites subaigües. Les effets ne sont cependant pas constants, et il faut employer des séances nombreuses et de longue durée. Les cures hydro-minérales (Vichy, Châtel-Guyon, Plombières, etc.) pourront rendre souvent de grands services.

Ainsi donc, en dehors de la chirurgie, les séquelles dyspeptiques pourront être efficacement soulagées par l'action médicale. La prophylaxie consistera surtout dans la pratique, actuellement généralisée, de l'appendicectomie précoce à l'occasion de la première crise aiguë ; dans les cas chroniques, le traitement complet de toutes les lésions de péri-appendicite avec exploration large, sera le meilleur moyen de prévention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Dyspepsie hypersthénique à type semi-tardif, avec spasme du cardia et du pylore. Origine appendiculaire reconnue après longue observation. Appendicectomie; exploration du carrefour sous-hépatique négative: Résultat très favorable.

Mlle P..., 27 ans, entrée le 10 mai 1923 dans le service du Dr Enriquez.

Cette malade, originaire de la Guadeloupe, où elle est employée d'administration, souffre de l'estomac depuis un an. Son médecin a pensé à l'existence d'un ulcère, et devant l'aggravation progressive de la maladie, et l'échec du traitement médical (régime, alcalins, belladone, bismuth), il a conseillé à la jeune femme de se rendre en France pour intervention chirurgicale.

Amaigrissement de 10 kilos. Appétit conservé; la malade a réduit progressivement son alimentation de peur de souffrir; régime lacto-végétarien depuis six mois.

Les douleurs ont le type semi-tardif: elles surviennent une heure après chaque repas, et parfois le matin au réveil. Elles siègent à l'épigastre, avec irradiations descendantes des deux côtés de l'abdomen; de temps à autre la douleur prédomine à droite dans l'hypocondre; pas d'irradiation dorsale, ni scapulaire. Elles ont le caractère de violentes brûlures; ne se calment ni par les alcalins, ni par le bismuth, et sont augmentées par l'ingestion des aliments ou les repas trop copieux. D'elle-même la malade en vient aux petits repas fractionnés, lait et purées, pris toutes les deux heures. Le décubitus dorsal diminue la douleur qui augmente dans

le décubitus latéral, droit ou gauche. La durée varie d'une à plusieurs heures; pas de douleur nocturne.

Parfois état nauséeux, surtout après absorption d'aliments gras ou d'œufs; éructations gazeuses; jamais de vomissements.

Selles régulières: une selle quotidienne, jamais de muco-membranes.

Pas d'hématémèse, ni de malaena.

L'examen de l'abdomen montre une douleur très vive, spontanée et provoquée, de la région épigastrique; parfois une sensibilité sourde et profonde de l'hypocondre droit. Pas de point douloureux vésiculaire. La palpation de la région cæco-appendiculaire, pratiquée minutieusement à plusieurs reprises, ne montre ni douleur, ni défense nette. Réflexes cutanés abdominaux normaux.

Aucun antécédent hépatique. Angines fréquentes.

Pas de fièvre. Langue humide. Rien d'anormal aux différents appareils.

Examen radioscopique. — Dix heures après dernier repas baryté, pas de résidu dans l'estomac. Les repas précédents occupent le cæcum, le transverse, et l'ampoule rectale.

Traversée œsophagienne ralentie par spame du cardia: l'œsophage se remplit de liquide jusqu'au niveau de la base du cou, et le passage du cardia s'effectue par petites bouchées.

Le lait baryté traverse une couche de liquide à jeun assez notable et remplit un estomac de forme hypotonique, sans irrégularité des contours; bas-fond descendant à 6 centimètres au-dessous de la ligne bis-iliaque. Les contractions commencent immédiatement après le remplissage: tout d'abord nombreuses contractions profondes et inefficaces; puis le bulbe duodénal s'injecte et reste visible dans toute la durée de l'examen, sans jamais se vider entièrement. Une onde sur dix environ parvient à faire passer une légère quantité de liquide dans le duodénum, les autres contractions restent inefficaces.

L'estomac est mobile, pas de points douloureux sur l'image gastrique. Vive douleur à la pression du plexus solaire.

Colon transverse ptosé. Cæcum paraît fixé, pas d'ascension en décubitus dorsal. Palpation non douloureuse.

Radiographies en série. — Images normales de la région prépylorique et du bulbe.

L'examen radiologique n'apporte aucun élément décisif en faveur d'un ulcère de la petite courbure ou de la région prépylorique, que l'histoire de la maladie et l'examen clinique pouvaient rendre vraisemblable. Malgré les signes constatés : hypersécrétion, hyperkinésie, spasmes des orifices, il n'y a aucune douleur localisée sur la petite courbure ou le pylore, aucune déformation duodénale. Aucun élément positif en faveur de l'origine vésiculaire ou appendiculaire du syndrome gastrique.

Divers traitements médicaux classiques avant été essayés sans succès, on institue le régime de Sippy : lait et huile d'olives, durant deux mois. Les douleurs sont en partie calmées par ce traitement. Mais l'état général ne se modifie pas sensiblement. C'est alors après deux mois d'observation négative, que la malade accuse spontanément une douleur intermittente de la région de Mac Burney, et on retrouve cette douleur à plusieurs examens successifs. Il existe une très légère défense musculaire à ce niveau.

On conclut alors à l'existence d'une appendicite chronique pour expliquer le syndromegastrique qui n'avait pas fait sa preuve. Et on propose l'appendicectomie, avec vérification de l'état de l'estomac et du carrefour, en raison de l'intensité de la gastralgie.

Intervention le 1^{er} août par le professeur Gosset : diagnostic opératoire : « appendicite chronique, exploration du carrefour négative.

Incision médiane sus-ombilicale. Estomac normal, vésicule normale, sans calculs. Le cæcum n'est pas fixé. Appendicectomie : l'appendice ouvert présente une plaque de folliculite hémorragique à deux centimètres au-dessus de la pointe. »

Malgré le peu d'étendue des lésions constatées, l'évolution clinique confirme le diagnostic : la malade cesse de souffrir après son intervention, et durant les trois mois qu'elle reste encore en France, elle a regagné 8 kilogrammes sur les 10 qu'elle avait perdus.

OBSERVATION II

*Appendicite chronique à forme de dyspepsie hypersthénique.
Appendicectomie. Exploration du carrefour sous-hépatique
négative. Amélioration très nette, au bout de quelques mois.*

Mme G... 24 ans, entrée le 13 mai 1922 dans le service du Dr Enriquez.

Début des troubles dyspeptiques remontant à quatre ans. Au début, simple pesanteur, avec troubles vaso-moteurs, survenant après les repas. Aggravation nette à la suite d'une pleuresie séro-fibrineuse droite survenue en 1920. Depuis, souffre par crises séparées par des intervalles irréguliers. La gastralgie commune au réveil : sensation de pesanteur ou de brûlure épigastrique, avec sialorrhée. Le petit déjeuner soulage momentanément la douleur. Le déjeuner la calme davantage, mais elle reparaît vers 4 ou 5 heures de l'après-midi. Le soir, et la nuit, la malade souffre peu. Faim douloureuse survenant généralement une heure avant le repas, calmée par les premières bouchées. Mange relativement peu. Amaigrissement de 12 kilogrammes en deux ans.

Constipation habituelle. Etat nauséux fréquent, sans vomissement.

L'examen montre à droite un certain degré de contracture du muscle grand droit. Point douloureux épigastrique, point du carrefour, point paraombilical droit. Douleur provoquée de la fosse iliaque droite; en particulier au point de Lanz : la malade reconnaît d'ailleurs qu'elle a présenté à diverses reprises depuis deux ans une douleur spontanée de la fosse iliaque droite. Irradiation lombaire. Quelques douleurs thoraciques droites, depuis la pleurésie.

Rien à signaler aux autres appareils.

L'examen radioscopique montre une ptose gastro-colique accusée, un bulbe duodénal volumineux, et confirme l'étagement des points douloureux de la région ceco-appendiculaire à l'épigastre.

On propose l'appendicectomie avec exploration du carrefour.

Intervention le 3 avril 1922, par le Professeur Gosset.

« Incision de Mac Burney un peu haute. Le foie est un peu abaissé. On amène au dehors un cæcum normal, portant un appendice scléreux, atrophié, douloureux. Appendicectomie. La terminaison de l'iléon est normale sur 30 centimètres.

L'épiploon est libre et normal ; la vésicule un peu plus blanche que normalement, mais sans calculs. Pylore normal. »

Revue en juillet 1922, la malade accuse encore des sensations de pesanteurs, avec brûlure épigastrique. Amélioration très nette vers le mois de décembre, progressivement. Disparition totale des douleurs. La malade continue à suivre le régime des dyspeptiques ; si elle s'en écarte, malaises, état nauséeux. Deux ans après l'intervention, la reprise de poids qui avait atteint 10 kilos, se maintient à 7 kilos. Pas de douleur stomacale en dehors des périodes de fatigue et des écarts de régime. Abdomen souple, cicatrice normale ; pas de points douloureux sauf légère sensibilité paraombilicale droite et sous-ombilicale.

OBSERVATION III

Appendicite chronique à forme gastralgique. Appendicectomie. Exploration négative de l'estomac et du duodénum. Périviscérite cæcale. Légère reprise de poids ; persistance des troubles dyspeptiques avec état subfébrile ; épiploïte ascendante probable, hyperthyroïdisme.

Mlle L. G..., 22 ans, entrée le 5 avril 1923 dans le service du Dr Enriquez.

Souffre de l'estomac depuis l'âge de 12 ans. Depuis cette époque elle présente environ tous les deux ou trois mois des crises douloureuses durant quelques jours : douleurs épigastriques à caractère de brûlure, survenant trois ou quatre heures après les repas, et cessant brusquement. Irradiations

lombaires. De temps à autre, vomissements alimentaires survenant au cours d'un paroxysme douloureux. Fréquemment renvois acides ; sensations de flitulence avec bouffées de chaleur.

Depuis quelques semaines, les douleurs sont plus violentes, continues, survenant immédiatement après l'ingestion des aliments, avec irradiations dorsales, et abdominales. Quelques régurgitations acides, pas de vomissements. Pas d'hématémèse, ni de melæna. Selles régulières. Langue saburrale ; anorexie. Perte de poids de 9 kg. 500 depuis quelques mois. Pas de fièvre.

L'examen de l'abdomen montre une douleur siégeant à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Douleur au point de Mac Burney avec légère défense.

Rien aux autres appareils, sinon quelques extra-systoles.

Numération globulaire : 6400 globules blancs, légère mononucléose (40 o/o).

Examen radioscopique : estomac hypotonique, ptosé, dont le fond descend à plus de 10 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. Couche de liquide à jeun de 10 centimètres. Pas de douleur à la pression de l'image gastrique. Point cœliaque. Quelques contractions ondulantes sans évacuation durant l'examen. Cæcum fixe, avec douleur au niveau de la région appendiculaire.

Radiographies en série. — Aspect normal du bulbe duodénal.

On propose l'appendicectomie, avec vérification de la région pylorique.

Intervention le 8 mai 1923 par le Dr Loewy.

« Laparotomie médiane paraombilicale. Estomac, pyllore, duodénum : normaux. Vésicule de coloration et de consistance normale. On va au cæcum : il est adhérent, et porte un appendice long, adhérent au cæcum par une fausse membrane qu'on libère. Appendicectomie. Pas de coudure de Lane. Epiploon normal. Annexes non malades. »

Revue onze mois après, la malade accuse une reprise de poids de 3 kgr. 1/2. Mais persistance des troubles dyspeptiques sans changement notable : les vomissements seraient un peu moins fréquents ; douleurs à irradiation dorsale, sensation de flatulence, renvois acides. La malade ne suit aucun régime.

Examen : douleur région de Mac Burney, surtout point paraombilical, dont la pression provoque une douleur épigastrique. Sensation paraissant correspondre à une corde épiploïque. Léger état fébrile : 37°8 à 38°.

Léger syndrome de Basedow : goître prédominant à gauche, tachycardie, sueurs.

L'examen radioscopique ne montre aucune modification de l'estomac : hypotonie et ptose. Cæcum fixé.

OBSERVATION IV

Appendicite chronique avec dyspepsie hypersthénique. — Biloculation spasmodique. — Exploration du carrefour négative. — Résultat très favorable.

M. P..., 33 ans. Entré le 14 janvier 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Dyspepsie datant de six ou sept ans. D'abord légère douleur après le repas, pesanteur, ballonnement. Puis apparition de douleurs épigastriques à type tardif, survenant quatre à cinq heures après les repas, en particulier vers minuit. Parfois régurgitations aqueuses ou bilienses. Appétit conservé. Evolution par crises, s'accompagnant parfois de fièvre. Troubles intestinaux fréquents : coliques, avec diarrhée (2 ou 3 selles par jour). Amaigrissement de 5 kilogrammes.

Ventre très souple. Douleur à la pression de la région appendiculaire et de l'épigastre, un peu à droite de la ligne médiane. Foie un peu débordant. Pas de point cystique net.

Antécédents : fièvre typhoïde à quatorze ans.

Radioscopie : Estomac d'aspect biloculaire, en position debout, et en position couchée. Evacuation rapide. Douleur cæco-appendiculaire.

On conseille l'appendicectomie, avec exploration de l'estomac.

Intervention (Pr Gosset) : « Incision médiane. Rien à l'estomac, un peu gonflé par les gaz : fausse biloculation. Rien à la vésicule. Appendice petit, sclérosé, douloureux, friable : appendicectomie. »

Trois ans après, le malade fait connaître que « depuis l'intervention ses troubles digestifs ont pour ainsi dire complètement disparu ».

OBSERVATION V

Appendicite chronique avec dyspepsie hypersthénique. — Appendicectomie. — Exploration négative du carrefour sous-hépatique, membrane de Jackson. — Résultat très favorable.

Mlle B..., 24 ans. Entrée le 8 octobre 1919 dans le service du Dr Enriquez.

Depuis son jeune âge, se plaint de douleurs peu vives de la fosse iliaque droite, avec constipation. Depuis 1911, apparition de sensation de pesanteur stomacale, et de digestion lente. Plus tard surviennent de véritables douleurs épigastriques, à type tardif, à caractère térébrant, apparaissant surtout la nuit, et réveillant la malade. Pas de sédation par l'alimentation; aigreurs, pyrosis; nausées fréquentes.

Amaigrissement de 12 kilos en deux ans. Teint gris, yeux cernés, cercle péribuccal.

A la palpation, cæcum et colon ascendant spasmodés, roulant sous le doigt. Pas de défense musculaire. Douleur au point de Mac Burney. Douleur provoquée au creux épigastrique.

Rien aux autres appareils.

Amélioration transitoire des symptômes gastriques à la suite d'un traitement par l'atropine.

Radioscopie: estomac dilaté, ptosé, fond à 12 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. Hypotonie, évacuation lente. Pas de douleur pylorique. Douleur solaire; douleur au point appendiculaire.

Intervention le 29 octobre 1919, par le Professeur Gosset.

« Incision de Mac Burney sur le bord externe du muscle droit, permettant de voir la région appendiculaire et sous-hépatique. On amène au dehors un cæcum distendu. Il y a une très belle membrane de Jackson. La terminaison de l'iléon est normale. L'appendice est fixé sur son bord externe

par une membrane faisant couture : au-dessous de la couture, l'appendice est dilaté, vascularisé. On libère aux ciseaux cette membrane et l'appendice se redresse. Appendicectomie. On explore : l'iléon n'a rien. Aucune lésion du côté de l'estomac et de la vésicule. Pas d'adhérences. »

La malade a été revue quatre ans et demi après : effet remarquable de l'intervention. Reprise de poids de 10 kilos, ne souffre plus de l'estomac, sauf quand elle commet des écarts de régime : dans ce cas, vomissement nocturne. Toujours très constipée, avec quelquefois selles muco-membraneuses. Cicatrice souple. Légère sensibilité à la pression de la région de Mac Burney ; pas de sensibilité solaire. Mariée depuis l'intervention ; une grossesse sans incidents.

OBSERVATION VI

Dyspepsie hypersthénique. Appendicite chronique, exploration du carrefour négative. Légère épiploïte. Résultat favorable.

Mme D.... 29 ans, entrée en juin 1923 dans le service du Dr Enriquez.

Depuis quinze mois, troubles dyspeptiques progressifs, qui, depuis deux mois, ont nettement le caractère de dyspepsie hypersthénique. Douleurs légères immédiatement après les repas, avec bouffées de chaleur, palpitations, ballonnement, flatulences. Paroxysme tardif survenant vers 4 heures de l'après-midi, et vers minuit : douleur violente, térébrante ou en broche, siégeant au creux épigastrique, irradiant à l'hypocondre gauche. Elle se calme momentanément par l'ingestion d'aliments ou d'eau, elle est atténuée par la belladone, le bromure de sodium, et par le régime lacté. De temps à autre, sans horaire fixe, crises de douleurs diffuses violentes, généralisées à tout l'abdomen, avec irradiation dorsale. Appétit conservé. Faim douloureuse vers 10 heures du matin.

Parfois renvois acides le matin à jeun, état nauséux, jamais de vomissements alimentaires. Pas d'hématémèse, ni

de melaena. Constipation habituelle. Amaigrissement de 7 kilos.

L'examen montre du clapotage à jeun, une zone douloureuse épigastrique ; palpation de la région appendiculaire douloureuse.

Examen radioscopique. — Estomac du type hypotonique, avec couche de 12 centimètres de liquide à jeun. Dilatation de l'antrum pylorique, et du bas-fond, qui prend une forme arrondie en cuvette. Evacuation retardée. Douleur spontanée et provoquée à la partie supérieure du creux épigastrique : le point douloureux se projette à la partie supérieure de la petite courbure.

Légère stase iléale dix heures après le dernier repas baryté. Cæcum non fixé. Douleur provoquée, très localisée, au niveau de la région cæco-appendiculaire.

Radiographies en série : bulbe duodénal très oblique en haut et en dedans, présentant sur tous les clichés, au niveau de son bord supérieur et externe, une encoche régulièrement arrondie à grand rayon, paraissant correspondre à la pression exercée par la vésicule, peut-être adhérente.

Le tubage à jeun ramène 30 centimètres cubes de liquide clair, sans débris alimentaires.

Antécédents : en 1918, la malade a subi une hystérectomie subtotale pour kyste de l'ovaire, et il n'est pas possible de savoir si l'appendice a été enlevé à cette occasion.

Dans ces conditions, le diagnostic d'appendicite chronique restant en suspens, on propose à la malade une intervention exploratrice qui renseignera en outre sur l'existence possible d'une péritonite. Le 27 juin, le diagnostic opératoire du professeur Gosset est : appendicite chronique, exploration du carrefour négative.

« Incision médiane sus-ombilicale. On effondre le petit épiploon et on explore. L'estomac est normal, le duodénum normal ; on relève le tablier épiploïque, après avoir constaté que la vésicule aussi est normale, pour aller voir si l'appendice a été enlevé lors de la première intervention pelvienne ; il a été laissé : on l'amène au dehors, il est en voie d'atrophie, avec lipomatose du méso à la pointe. On l'enlève par écrasement, et on l'enfouit. L'épiploon est un peu grenu, un peu grumeleux (?) ; on ne l'enlève pas. L'appendice ouvert contient du mucus, muqueuse malade. »

Amélioration nette au bout de deux à trois mois. La malade revue dix mois après l'intervention, a repris 4 kilogs. Persistance d'un état nauséux provoqué par l'air confiné, les voyages en tramway. Disparition totale de la douleur stomacale, précoce et tardive, sauf quand la malade commet des infractions au régime alimentaire qu'elle continue à suivre ; dans ce cas sensation de brûlure dans l'heure qui suit le repas. Constipation persiste, opiniâtre. Pas de douleur spontanée de l'abdomen : chéloïde de la partie inférieure de la cicatrice sus-ombilicale ; la palpation réveille une sensibilité douloureuse parombilicale droite, s'étendant jusqu'au carrefour sous-hépatique, et un point douloureux de l'hypochondre gauche.

OBSERVATION VII

Appendicite chronique, avec dyspepsie hypersthénique, et troubles coliques. — Appendicectomie ; exploration négative du carrefour sous-hépatique. — Disparition complète de la gastralgie. — Persistance de crises de colite.

M. L..., 33 ans. Malade suivi par le Dr Dalsace, et entré le 20 juin 1922 dans le service du Dr Enriquez.

A commencé à présenter des troubles dyspeptiques en 1918, alors qu'il était prisonnier en Allemagne : douleurs abdominales, alternatives de diarrhée et de constipation. A son retour en France, crises avec coliques, constipation, état nauséux, sans vomissements. En 1920 se constitue un syndrome gastrique, de type hypersthénique. De temps à autre gastralgie extrêmement violente survenant en particulier à 5 heures du soir et à minuit, avec douleur maxima dans la région du carrefour. Les douleurs ne sont pas calmées par les aliments, elles cèdent spontanément. Atténuation nette par le traitement belladonné. Jamais d'hématémèse, ni de melaena.

A l'examen, ventre souple, sans contracture localisée. Douleur vive à la palpation de l'épigastre et de la région du carrefour. Douleur au point de Mac Burney nettement cons-

tatée au moment des crises douloureuses, mais s'atténuant au point de disparaître dans leur intervalle.

Radioscopie. — Estomac tonique de forme normale. Douleur du carrefour, avec hyperpéristaltisme duodénal. Douleur appendiculaire provoquée dans la position couchée. Cæcum spasmé et douloureux.

Formule leucocytaire : 16.000 globules blancs dont 67 o/o de polynucléaires 4 o/o d'éosinophiles.

Pas de sang, ni de parasites dans les selles.

On propose l'appendicectomie avec exploration du carrefour.

Intervention, le 24 juillet 1922 par le professeur Gosset.

« Incision médiane sus-ombilicale. Estomac, pylore, duodénum, vésicule : normaux. On va au cæcum, et on voit un petit appendice presque amputé par un rétrécissement marqué à la pointe. Appendicectomie. »

Revu depuis deux ans par le Dr Dalsace, le malade n'a plus présenté aucune douleur stomacale. La pression de la région du carrefour a cessé rapidement d'être douloureuse. Le malade a continué à souffrir de crises coliques, avec douleur tantôt de la région cæcale, tantôt du colon descendant et de l'S iliaque.

OBSERVATION VIII

Dyspepsie gastro-intestinale avec point appendiculaire, et troubles hépatiques (ictère ancien). — Appendicectomie. — Exploration négative du carrefour sous-hépatique. — Légère épiploïte (?) — Amélioration très tardive (3 ans).

Mme V..., 35 ans. Entrée le 31 mai 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Début des troubles dyspeptiques paraît remonter à sept ans.

Cette malade dans les antécédents de laquelle on note des angines fréquentes, et une constipation habituelle, présente depuis quelques années des douleurs de la fosse iliaque droite, surtout dans les périodes de grande constipation. Etat nauséux fréquent. Il y a trois ans, paraît avoir eu une

crise appendiculaire aiguë avec vomissements. Puis elle a eu une longue période de diarrhée; et un ictère ayant duré six semaines.

Actuellement elle est sujette à des vomissements survenant par crises irrégulières avec quelques douleurs gastriques intermittentes; elle conserve en permanence sa douleur iliaque droite, l'examen montrant une douleur provoquée au point de Mac Burney, sans défense musculaire. Teint subictérique. Etat nauséux habituel.

L'examen radioscopique ne montre rien d'anormal, en dehors de la douleur cæco-appendiculaire.

Quoi que le foie soit normal, et qu'on ne trouve pas de douleur cystique, on demande l'appendicectomie avec vérification du carrefour, en raison de l'ictère survenu autrefois.

Intervention le 23 juin 1920 par le professeur Gosset.

« Incision transversale : on regarde la vésicule, elle est un peu plus blanche que normalement, mais ne paraît cependant pas malade. On ne trouve rien au pylore, à l'estomac, au duodénum. On va au cæcum et on voit un appendice rouge, sur le bord externe duquel s'insère une membrane qui le coude à la partie inférieure. Appendicectomie. Terminaison de l'iléon normale. Epiploon un peu lourd, mais pas assez malade pour être enlevé. »

A la suite de l'intervention, aucun degré de soulagement durant trois ans. Persistance de la douleur du côté droit, et des vomissements. Persistance de troubles hépatiques : poussées de subictère avec légère décoloration des matières, diarrhée prandiale. A continué à suivre le régime habituel des dyspeptiques, sans traitement médicamenteux. Depuis 1923, amélioration nette : reprise de poids, augmentation de l'appétit, disparition des nausées et des vomissements, il ne persiste que quelques douleurs du flanc droit au moment des règles.

OBSERVATION IX

Appendicite chronique à forme dyspeptique, avec épiploïte diagnostiquée et constatée à l'intervention. — Appendicectomie avec résection épiploïque. — Exploration du carrefour négative. — Reprise de poids et disparition de la fièvre; persistance des troubles dyspeptiques.

Mlle S..., 24 ans. Entrée le 5 avril 1923 dans le service du Dr Enriquez.

La malade est dyspeptique depuis 1921. Tout d'abord elle a présenté des digestions pénibles, avec sensations de brûlure au creux épigastrique, ou de crampes, survenant un quart d'heure après les repas. Etat nauséeux, sans vomissements. A d'autres périodes, sensation de tension pénible ou de lourdeur après les repas, avec rougeur, bouffées de chaleur, palpitations douloureuses, ou bien pâleur de la face et tendances à la lipothymie. Dès ce moment, elle constate que sa température est fréquemment aux environs de 38 degrés.

Depuis décembre 1922, les douleurs stomacales sont plus vives et ne cessent pas; l'ingestion du moindre aliment provoque une recrudescence durant un quart d'heure à vingt minutes. Le malade indique un point douloureux fixe à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. Pas d'irradiations. Jamais de douleurs tardives. Appétit diminué. La malade restreint considérablement son alimentation. Etat nauséeux fréquent, pas de vomissements, parfois renvois liquides. Pas de troubles intestinaux. Amaigrissement de 13 kilogrammes depuis deux ans. Etat subfébrile, autour de 38 degrés.

L'examen de l'abdomen montre un point douloureux très vif au niveau du creux épigastrique, un autre sous le rebord costal gauche. La palpation provoque une douleur très nette au niveau du point de Mac Burney, où la malade n'accuse aucune sensibilité spontanée. Pas de défense nette de la fosse iliaque. Réflexe cutané abdominal conservé.

Rien d'anormal aux autres appareils.

Mononucléose sans augmentation des leucocytes : 5.600 globules blancs, dont 42 o/o de mononucléaires.

Règles irrégulières. Pas d'augmentation des troubles digestifs au moment des périodes menstruelles.

Examen radioscopique. — Estomac hypotonique avec couche de liquide à jeun de 10 centimètres. Pas de stase barytée. Le bas-fond dilaté dessine une image en cuvette dont la limite inférieure descend à 6 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. Contractions tardives, peu profondes. Pas de point douloureux sur l'image gastrique. Douleur du plexus solaire. Ascension cæcale de 6 centimètres en position couchée, avec douleur cæco-appendiculaire.

Les *radiographies en série* montrent que le bulbe duodénal se remplit bien, cependant le contour de sa petite courbure paraît flou.

On propose l'appendicectomie en posant le diagnostic d'appendicite chronique, avec épiploïte, complication qui paraît vraisemblable en raison de l'état subfébrile habituel, de la mononucléose et de la diffusion de la douleur à gauche de la ligne médiane. On demande l'exploration du duodénum, en raison du contour flou de la petite courbure.

A l'intervention. — Le professeur Gosset, le 2 mai 1923, constate l'existence d'une appendicite chronique avec épiploïte.

« Incision sus et sous-ombilicale. On attire au dehors l'épiploon un peu rugueux dans sa partie gauche, un peu malade. On va au cæcum, et on voit un appendice long, coudé, sclérosé à sa pointe, à méso très large. Appendicectomie. Terminaison de l'iléon non coudée. Vésicule normale, ardoisée; estomac et duodénum normaux. On termine en réséquant l'épiploon, après l'avoir lié au catgut. L'appendice ouvert contient des calculs stercoraux; plaques de folliculite hémorragique. »

Convalescence de deux mois. Onze mois après l'intervention, la reprise de poids est de 6 kilogrammes. Disparition de l'état fébrile. Mais persistance des troubles dyspeptiques: toujours les mêmes douleurs post-prandiales, avec irradiation dorsale, et troubles vaso-moteurs. Parfois nausées et vomissements. Dans l'intervalle des douleurs, sensation habituelle de pesanteur stomacale. Mais la malade ne suit aucun régime alimentaire spécial. Aucun trouble intestinal.

Persistance du point douloureux de l'hypocondre gauche. A la pression, sensibilité épigastrique et péri-ombilicale. Pas de sensibilité de la région de Mac Burney.

OBSERVATION X

Appendicite chronique : Dyspepsie atonique, avec ptose. — Appendicectomie : Résection de l'épiploon malade. — Pas de lésion du carrefour. — Résultat très favorable.

Mlle D..., 15 ans. Entrée en décembre 1919 dans le service du Dr Enriquez.

Malade très amaigrie, cachectique, poids 33 kilos, présentant des troubles dyspeptiques caractérisés par un état nauséux, surtout le matin à jeun, des digestions difficiles avec pesanteur après les repas. Pas de vomissements. Constipation. Température vespérale à 38 degrés.

L'examen montre un ventre très météorisé, il ne semble pas y avoir d'ascite. Douleur de la région de Mac Burney. Aucun signe net de tuberculose.

La *radioscopie* montre un estomac ptosé, atonique, un cæcum paraissant fixé, avec douleur cæco-appendiculaire.

Intervention le 24 décembre 1919 par le professeur Gosset.

« Laparotomie médiane sus-ombilicale. Estomac très dilaté. Epiploon lourd, très malade surtout dans sa partie gauche, épaississements formant des sortes de nœuds. Vésicule normale, duodénum normal, cæcum normal. Appendice coudé, retenu vers le détroit supérieur par une fausse membrane embryonnaire que l'on libère. Appendicectomie par écrasement. L'épiploon tire sur le côlon et sur l'estomac ; résection de l'épiploon. »

Amélioration considérable à la suite de l'intervention, la malade regagne 14 kilos en quelques mois ; disparition de la fièvre.

OBSERVATION XI

Appendicite chronique avec dyspepsie hypersthénique. — Exploration négative du carrefour sous-hépatique.

Mlle M..., 37 ans. Malade du Dr G. Durand.

Depuis 1904, à la suite d'une fièvre typhoïde à forme

gastro-intestinale, état presque continu de troubles dyspeptiques. Douleurs tardives, diurnes et nocturnes avec paroxysmes irradiant à la fosse iliaque droite.

Hémoptysies en 1918 et 1920 : la créosote provoque un redoublement des troubles dyspeptiques gastriques.

Examen en mai 1921 : siège maximum des douleurs à l'épigastre et au point de Mac Burney.

Pas de signes cliniques de lésions tuberculeuses évolutives du poumon. Examens de crachats négatifs.

Radioscopie : Estomac de type hypertonique, dévié en totalité dans l'hypocondre droit, mais ne paraissant pas fixé au coude droit du côlon. Deux sièges de douleurs : partie prépylorique de la petite courbure, et zone appendiculaire.

Diagnostic clinique : Appendicite chronique ; troubles dyspeptiques gastriques secondaires aggravés par les médicaments. On demande exploration de la région du carrefour. Réserves sur la possibilité de la nature bacillaire des lésions.

Intervention le 18 avril 1921 (professeur Gosset).

« Incision transversale : estomac normal, rien au pylore, ni au duodénum. Vésicule de couleur normale sans calculs. On va à l'appendice : il est manifestement malade, à méso lipomateux, enflammé, induré, non adhérent. Epiploon normal, un peu gros. Appendicectomie. »

Un mois après, les suites sont parfaites au point de vue stomacal. Non revue depuis lors.

OBSERVATION XII

Appendicite chronique à forme dyspeptique. — Exploration négative du carrefour sous-hépatique.

Mlle P..., 25 ans, entrée en juin 1919 dans le service du Dr Enriquetz.

Depuis l'âge de 8 ans, se plaint de douleurs épigastriques qui vont en s'accroissant. Le matin à jeun, sensation de brûlure, calmées par l'ingestion des aliments. Après les repas, sensation de pesanteur, de distension. Etat nauséux fréquent, sans vomissements. Quelques douleurs de la fosse iliaque droite.

Douleur épigastrique avec défense musculaire. Point appendiculaire net.

Rien à signaler aux autres appareils.

Appétit conservé. Pas d'amaigrissement. Température normale.

Radioscopie : Pas de liquide à jeun, estomac normal. Douleur cœliaque, duodéno-pylorique, et sous-hépatique. Stase iléale avec douleur de la zone appendiculaire.

Intervention le 14 juin 1919 (Dr Desplas).

« Incision de Mac Burney. Appendicérotro-cæcal, adhérent, très scléreux, rétracté, sa pointe se dirige vers la région duodénale. Appendicectomie. Exploration de la région duodéno-pylorique négative. »

Non revue.

OBSERVATION XIII

Appendicite chronique à forme dyspeptique. Exploration du carrefour négative.

Mlle E..., 17 ans. Service du Dr Enriquez.

Appendicite aiguë à 7 ans. Depuis lors, persistance d'une sensibilité douloureuse de la fosse iliaque droite.

Début des troubles gastriques date de trois ans : violentes douleurs épigastriques survenant soit avant, soit immédiatement après les repas, s'accompagnant souvent de nausées. Pas de vomissements. Pas d'hémorragies digestives. Evolution par crises intermittentes. Amaigrissement de 5 kilos en trois mois. Douleur au point de Mac Burney nette, avec contracture. Zone douloureuse au niveau de l'épigastre et sous les fausses côtes droites.

Petite lésion bacillaire du sommet gauche.

Intervention par le Dr Charrier.

« Incision paramédiane droite partant de l'angle costoxiphœdien et venant se terminer à trois travers de doigt au-dessous et à droite de l'ombilic. Rien à l'estomac, ni au duodénum, ni à la vésicule. Peut-être le pylore est-il un peu spasmé. On peut remonter un cæcum assez mobile : on trouve un appendice un peu gros, peu malade. Appendicectomie. »

Non revue.

OBSERVATION XIV

*Appendicite chronique à forme de dyspepsie hypersthénique. —
Exploration du carrefour négative.*

M. T..., 45 ans. Entré le 26 novembre 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Souffre de l'estomac depuis 20 ans, avec alternatives de périodes d'accalmie et de crises douloureuses. Mobilisé en 1914, puis réformé pour gastrite ulcéreuse.

Douleurs intenses localisées au creux épigastrique, irradiant vers l'hypocondre droit, le long du rebord costal, et parfois à l'épaule droite, cette dernière irradiation étant moins marquée. Les douleurs surviennent deux à trois heures après les repas, et sont calmées par l'ingestion des aliments. Très rares vomissements alimentaires à la suite de crises douloureuses particulièrement violentes. Pituites matinales. Pas d'hématémèses, ni de melæna. Appétit conservé, pas d'amaigrissement.

A la palpation, douleur épigastrique peu violente, douleur de la fosse iliaque droite, dont le maximum est en bas et en dehors du point de Mac Burney. Cæcum perceptible, dilaté. Réflexe cutané abdominal diminué à droite.

Rien d'anormal aux autres appareils.

Radioscopie : estomac hypotonique. Bulbe duodéal paraît normal. Douleur à la pression de la région pyloro-duodénale. Légère stase iléale ; gros cæcum. Très vive douleur à la pression du point appendiculaire : points douloureux le long du bord interne du cæcum.

Intervention le 27 décembre 1920 (Dr Desplas).

« 1^o Incision de Mac Burney. On amène un cæcum présentant quelques granulations graisseuses. Sur sa face latérale interne, on trouve un gros appendice très long, tendu, blanc, avec processus de péritonite plastique. Appendicectomie. L'épiploon n'a rien, et la fin de l'intestin grêle est sain.

2^o Laparotomie médiane sus-ombilicale. Estomac normal non ptosé ; petite et grande courbure saine, face postérieure intacte. Aucune lésion pyloro-duodénale, ni vésiculaire.

L'appendice ouvert contient de nombreux calculs stercoraux. »

Non revu.

OBSERVATION XV

*Appendicite chronique à syndrome gastrique
Exploration négative de l'estomac.*

M. V..., 33 ans, entré en mars 1916 dans le service du Dr Enriquez.

Réformé pour tuberculose pulmonaire et ulcère de l'estomac.

Début de l'affection gastrique remonte à onze mois : anorexie, céphalée ; l'ingestion des aliments est suivie de douleur précoce survenant un quart d'heure après le repas. Sensations de brûlure du creux épigastrique, avec irradiation dorsale. Durée : une heure ; cessation spontanée ou par vomissement, précédé de nausée. Les vomissements finissent par suivre tous les repas, d'où amaigrissement considérable (20 kgs.) Constipation tenace, entérite muco-membraneuse. Etat subfébrile.

Ventre légèrement ballonné. Forte défense de la région pylorique. Douleur appendiculaire.

Intervention le 24 mars 1916 (Dr Pauchet).

« Rien d'apparent à l'estomac. Exploration de l'intestin : appendice très gros, en érection, rouge et vascularisé, contenant du pus. Appendicectomie. »

Non revu.

OBSERVATION XVI

Appendicite chronique à forme dyspeptique. Douleur du carrefour sous-hépatique ; ictère ancien. Exploration du carrefour négative.

Mme D..., 29 ans, entrée le 13 février 1922 dans le service du Dr Enriquez.

A la suite d'un ictère survenu en 1917, la malade présente des troubles gastriques : sensations de brûlure, survenant immédiatement après les repas, durant trois à quatre heures, avec irradiation douloureuse très nette dans l'épaule et le bras droit. En 1920, aurait eu une crise d'appendicite à la suite de laquelle persiste une sensibilité douloureuse du point de Mac Burney, avec irradiation lombaire ; recrudescence de la douleur au moment des règles.

Zone douloureuse étendue de la fosse iliaque droite au rebord costal. Point épigastrique, point cystique. Foie légèrement douloureux ; point phénique droit.

Radioscopie : estomac hypotonique, liquide à jeun. Douleur épigastrique, douleur du carrefour ; stase iléale avec douleur cæco-appendiculaire.

Examen du sang : 7.200 globules blancs dont 88 o/o de polynucléaires.

Intervention le 22 février 1922 (pr. Gosset)

« Incision transversale : estomac normal, duodénum normal, vésicule normale sans calculs. On va au cæcum et on trouve un appendice atrophié, court, scléreux, se continuant en entonnoir avec le cæcum. Appendicectomie. »

Non revue.

OBSERVATION XVII

Appendicite chronique, avec syndrome pylorique. Appendicectomie avec exploration du carrefour. Légère périviscérite (péricholécystite). Atténuation nette des troubles dyspeptiques.

Mme B..., 26 ans.

Santé normale et digestions régulières jusqu'en octobre 1922. A ce moment, elle commence à souffrir de l'estomac, et son état s'aggrave progressivement. Elle est traitée en province pour ulcère de l'estomac. Vue pour la première fois lors d'un passage à Paris en avril 1923 : on trouve un point douloureux très vif, localisé sous l'écran au pylore, et on soumet la malade à un traitement d'épreuve : régime de lait, pâtes et hydrocarbures ; pansements au kaolin, et belladone à doses progressives. Améliorée, mais non guérie, elle entre

en observation dans le service du Dr Enriquez le 22 juin 1923.

Le malade présente un syndrome de dyspepsie hypersthénique typique : quelquefois douleurs immédiates après le repas, paroxysme douloureux trois à quatre heures après. La nuit se passe habituellement sans douleur quand la malade a suffisamment restreint son repas du soir. La douleur siège au creux épigastrique, irradie aux deux hypocondres, et à tout l'abdomen. Pas d'irradiation dorsale, ni scapulaire. La sensation débute par une douleur en barre, puis survient une brûlure aiguë qui dure deux ou trois heures, jusqu'au repas suivant. La gastralgie est momentanément calmée par les aliments, et par la belladone ; elle n'est pas influencée par les alcalins, ni par le kaolin. L'affection évolue par crises de douleurs violentes durant trois ou quatre jours, séparées par des périodes d'accalmie relative de quinze jours.

L'appétit est conservé ; mais la malade a spontanément réduit son alimentation. Amaigrissement de 10 kilos en huit mois. Jamais de vomissements, ni de renvois acides ; mais fréquemment état nauséeux, avec flatulences. Pas d'hématémèse, ni de melaena. Selles normales, régulières. Température normale.

On ne note chez la malade aucun antécédent hépatique, pas d'intolérance élective pour les graisses ou les œufs. Pas d'éthylisme. Règles abondantes et régulières, n'influençant pas les crises gastralgiques.

L'examen montre que la zone épigastrique est douloureuse, avec un point maximum très vif dans la région pylorique : le pylore est perceptible sous la paroi sous la forme d'une masse cylindrique, mobile, très douloureuse. Pas de point cystique. La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression : lors du premier examen, deux mois auparavant, aucune douleur nette n'avait été constatée au point de Mac Burney malgré une exploration méthodique. Légère défense musculaire de la fosse iliaque. Abolition du réflexe cutané abdominal droit. Signe de Rovsing.

Au toucher, utérus mobile, culs-de-sac libres, douleur à droite paraissant correspondre à l'ovaire.

Rien à noter aux autres appareils.

Formule leucocytaire : 8.000 globules blancs, dont 38 o/o de mononucléaires.

Radioscopie : Transit gastro-colique normal. Estomac allongé ; couche de 10 centimètres cubes de liquide à jeun. Pas de déformation des contours. Hyperkinésie, évacuation rapide. Pas de déformation du bulbe duodénal. Pylore mobile très douloureux à la pression ; sensibilité de la région cœliaque. Cœcum fixé. Les constatations sont identiques à deux-mois et demi d'intervalle, mais on note en juin une douleur provoquée de la région cæco-appendiculaire en décubitus dorsal.

Intervention le 13 juillet par le professeur Gosset qui conclut à une appendicite chronique avec légère péricholécystite :

« Laparotomie médiane sus-ombilicale. On explore l'estomac et on ne trouve rien d'anormal. La vésicule est un peu adhérente, mais ardoisée, sans calculs. Ablation de l'appendice qui est scléreux. Les ovaires sont un peu gros. L'appendice ouvert présente une folliculite hémorragique très marquée. »

Revue trois, six et huit mois après, la malade accuse une amélioration très notable depuis son intervention. La gastralgie, quoique très atténuée, a continué jusqu'en novembre 1923, d'une façon à peu près continue sous forme d'une sensation de brûlure. Puis, il n'existe plus que des crises intermittentes durant quelques jours, séparées par des périodes d'accalmie complète : ces crises douloureuses n'atteignent jamais la violence des paroxysmes antérieurs à l'intervention ; il persiste au moment des crises un état nauséux, sans vomissements. La malade signale que son appétit est très bon, et qu'elle évite habituellement toute sensation douloureuse dans la journée par l'habitude des petits repas fractionnés, si bien que dans les périodes de crise elle ne ressent plus qu'une douleur tardive nocturne. L'examen montre une cicatrice non adhérente, non chéloïdienne ; sensibilité de la région périombilicale droite, de l'épigastre et du point cystique ; le pylore est perçu à travers la paroi, et sa palpation reste douloureuse. Reprise de poids de 5 kilogs. Peut-être convient-il d'incriminer dans la persistance de quelques troubles digestifs la péricholécystite légère constatée à l'intervention.

OBSERVATION XVIII

Appendicite chronique à syndrome gastrique. — Appendicectomie avec exploration : épiploïte et périsécrite (péricholécystite). — Résection de l'épiploon. — Amélioration très nette, survenue lentement.

M. L..., 42 ans, entré en juin 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Le début des troubles dyspeptiques remonte à quinze ans.

Sensation de lourdeur immédiatement après les repas, avec baillements, flatulences, parfois crises de palpitations ou état vertigineux.

Dans la suite, apparition de douleurs à type de brûlure survenant après l'ingestion des aliments. Les douleurs atteignent leur maximum une demi-heure après le repas, et prédominent dans la partie droite du creux épigastrique. Elles diffusent souvent à tout l'abdomen, et le malade accuse alors de la douleur de l'hypocondre et du flanc gauche. Au moment des crises il se tient courbé pour moins souffrir. Jamais de douleur tardive, ni de faim douloureuse.

Constipation habituelle, avec hémorroïdes. Pituïte matinale. Pas de vomissements, pas d'état nauséux.

Amaigrissement très notable.

L'examen montre un point douloureux constant au niveau du carrefour sous-hépatique ; la fosse iliaque droite est douloureuse spontanément, et à la palpation du point de Mac Burney.

Foie hypertrophié dépassant de trois travers de doigt le rebord costal. Ethylisme. Rate non augmentée de volume. Cœur, poumons, système nerveux : rien à signaler.

Pas d'antécédents syphilitiques, Wassermann négatif.

Polype rectal pédiculé à 8 centimètres de l'anus ; ablation en juin.

Radioscopie : en position debout estomac hyperkinétique, avec douleur localisée au pylore. Evacuation pyloro-duodénale paraît normale. En décubitus dorsal, l'estomac est visible en totalité et paraît en connexion étroite avec l'angle

droit du côlon : douleur à ce niveau. Douleur cæco-appendiculaire. Stase iléale. Points douloureux sur la ligne médiane dans la région ombilicale.

Lavement baryté : pas d'obstacle, pas d'anomalie de calibre sur le gros intestin.

Vingt séances de diathermie (avril-juin) sans résultat.

On pose le diagnostic d'appendicite chronique, et on demande l'exploration large de la fosse iliaque et de la région pylorique, en raison de la douleur du carrefour ; la diffusion de la douleur à gauche fait suspecter l'épiploïte.

Intervention le 15 juillet 1920, par le professeur Gosset.

Diagnostic opératoire : appendicite chronique, épiploïte, péricholécystite.

« Incision médiane sus-ombilicale. L'estomac est distendu, le pylore est un peu induré, mais circulairement. La vésicule est normale, avec quelques adhérences entre elle et le duodénum. Le côlon transverse est normal. L'épiploon est un peu épais. On va au cæcum, et on l'amène au dehors avec un appendice double de la longueur normale, plongeant dans le petit bassin : il est malade et adhérent par sa pointe, atteinte de folliculite, épaissi et enflammé. Appendicectomie. Il n'y a rien à l'angle droit. On résèque ensuite l'épiploon en le liant en sept paquets, il est surtout malade dans sa moitié gauche. »

Revu en avril 1924. Convalescence très longue. Le malade a quitté la Pitié le 16 octobre 1920, et n'a repris son travail que cinq mois après.

Amélioration progressive : la sensation de lourdeur après le repas a persisté, mais les douleurs stomacales ont totalement disparu. La constipation persiste. Le malade continue à suivre le régime des dyspeptiques, ne tolère pas le lait qui provoque du ballonnement et du météorisme, sauf si le malade le fait coaguler préalablement par de la présure.

Reprise de poids qui passe de 67 à 75 kilogrammes. Cicatrice légèrement chéloïdienne. Aucune douleur spontanée, sensibilité à la pression du point cystique et du point parombilical. Pas de sensibilité du point de Mac Burney, ni du plexus solaire. Foie normal.

OBSERVATION XIX

Appendicite chronique avec syndrome duodénal. — Exploration du carrefour sous-hépatique : cholécystite, avec adhérences au duodénum; cholécystectomie. — Amélioration très nette, lentement survenue.

Mme V..., 37 ans, entrée en novembre 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Présente depuis quinze ans des troubles dyspeptiques caractérisés surtout par une sensation de pesanteur épigastrique survenant quatre à cinq heures après les repas, et s'accompagnant fréquemment de renvois acides. Pas de vomissements alimentaires. Longtemps soignée pour « dilatation d'estomac ». Après une accalmie de quelques années, les troubles reparaissent sous forme de douleurs tardives, cédant spontanément après une durée variable. Une crise d'entéro-colite durant la guerre.

L'examen montre un point de Mac Burney très net, ainsi qu'une douleur de l'épigastre.

Radioscopie. — Estomac ptosé, dont le fond descend à 8 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. Douleur à la pression du plexus solaire. Contractions péristaltiques normales. Le bulbe duodénal reste visible en position debout et en position couchée, avec douleur localisée à la pression. On trouve de plus un certain degré de stase iléale, une douleur vive de la zone appendiculaire, avec points douloureux étagés le long du bord interne du cæcum.

L'épreuve de la sangle est positive ; d'ailleurs la malade est partiellement soulagée par le port d'une sangle hypogastrique.

Formule leucocytaire : 11.200 globules blancs, dont 75 o/o de polynucléaires.

On conclut à une appendicite chronique, et on demande l'exploration du carrefour sous-hépatique, en raison de la dyspepsie hypersthénique avec visibilité du bulbe duodénal et douleur localisée dans cette région.

Intervention le 10 novembre 1920 par le professeur Gosset.

Diagnostic opératoire. — Appendicite chronique, péri-cholécystite. Appendicectomie et cholécystectomie.

« Incision transversale. Foie abaissé d'aspect à peu près normal. Grosse vésicule, reliée au niveau de son col, au duodénum et au côlon transverse par quelques adhérences. La paroi n'est pas augmentée d'épaisseur ; elle est un peu plus blanche que normalement dans sa partie inférieure. L'estomac est hypertonique, le pylore est normal ; sur le duodénum, adhérences avec la vésicule. Cholécystectomie.

Le cæcum est normal avec une membrane de Jackson à sa partie externe ; l'appendice est filiforme, on l'enlève par écrasement. L'épiploon n'est pas assez malade pour être réséqué.

La vésicule ouverte contient une bile très noire. Sa muqueuse a un aspect de fraise (cholécystite non calculuse, vérifiée à l'examen histologique). »

Malade revue en avril 1924. A la suite de l'opération, pas de changement notable durant un an, puis amélioration graduelle. Disparition complète de toute douleur stomacale, sauf en cas de faute de régime : dans ce cas, jamais la douleur n'atteint l'acuité antérieure. Disparition de toute douleur du côté droit. Quelques réactions coliques : diarrhée, selles muco-membraneuses. Examen : ventre souple, pas de chéloïde, aucun point douloureux. Poids resté d'abord longtemps stationnaire, puis reprise de 5 kilogrammes.

OBSERVATION XX

*Appendicite chronique, à forme de dyspepsie atonique.
Epiploïte et périviscérite (péricholécystite)*

M. G..., 30 ans. Entré le 3 avril 1922 dans le service du D^r Enriquez.

Début des troubles dyspeptiques vers 1912 : sensations de digestions lentes et difficiles ; torpeur après les repas. Progressivement ces troubles s'accroissent : après le déjeuner, jusqu'à 4 heures de l'après-midi le malade est dans un état de malaise général, avec incapacité au travail, renvois acides, éructations, aérophagie, troubles vaso-moteurs. Ce

malaise l'oblige à s'étendre : quelquefois vomissement trois ou quatre heures après le repas.

Réformé en raison de son état général défectueux. Entérocolite en 1917-1918. Le malade restreint progressivement son alimentation. Régime de dyspeptique ; port d'une ceinture en raison de la ptose constatée.

En 1922, il entre à l'hôpital à cause de son amaigrissement qui est continu, et de ses troubles digestifs. Malade nerveux, préoccupé. Etat nauséux habituel. Se plaint d'une sensation de pesanteur de l'hypocondre droit, avec parfois élancements douloureux.

Abdomen souple. Pas de contracture localisée, région de Mac Burney douloureuse à la palpation. Cæcum spasmé. Point douloureux épigastrique, moins violent que le point iliaque. Sensibilité de l'hypocondre droit à la pression. Foie légèrement hypertrophié, débordant d'un travers de doigt le rebord costal.

Rien à signaler aux poumons, ni aux autres appareils.

Radioscopie : estomac dilaté, atonique, ptosé. Bulbe duodénal normal. En position couchée le pylore reste fixé à droite de la colonne vertébrale. Douleur caeco-appendiculaire.

On conclut à une appendicite chronique et on demande l'exploration complète.

Intervention le 12 juillet 1922 par le professeur Gosset. Diagnostic opératoire : Appendicite chronique, épiploïte, péricholécystite. Appendicectomie et résection de l'épiploon.

« Incision médiane sus-ombilicale. Rien à l'estomac, ni au duodénum. L'épiploon est malade, très épais ; il y a péricholécystite. On libère les adhérences et l'on va à l'appendice qui est gros, long, à pointe enflammée, à méso lipomateux bien que le malade soit maigre. Appendicectomie. On termine en réséquant l'épiploon. »

Non revu.

OBSERVATION XXI

Appendicite chronique avec dyspepsie hypersthénique ayant fait soupçonner un ulcère pylorique. — Épiploïte diagnostiquée, et confirmée à l'intervention. — Exploration négative du carrefour sous-hépatique. — Légère coudure de Lane. — Appendicectomie et résection de l'épiploon. — Résultat très favorable.

Mme R..., 35 ans, entrée le 13 mars 1922 dans le service du Dr Enriquez.

Début des troubles digestifs à l'âge de 13 ans ; évolution progressive par crises de plus en plus rapprochées, recrudescence à l'occasion de la première grossesse. Douleurs abdominales permanentes, avec localisation au point de Mac Burney. De plus, crises gastralgiques violentes, à type habituellement tardif, avec faim douloureuse : l'ingestion d'aliments calme la gastralgie. Durant les paroxysmes, la malade se courbe en avant pour moins souffrir. A plusieurs reprises, crises d'entérite muco-membraneuse.

Examen : contracture légère de la fosse iliaque droite avec point de Mac Burney. Point épigastrique douloureux, avec contracture du grand droit.

Radioscopie. — Estomac tonique, de forme normale, très légère quantité de liquide à jeun. Douleur localisée au pylore. Bulbe duodénal reste visible durant toute l'évacuation. Cæcum non fixé, avec point appendiculaire net.

Examen du sang : 16.000 leucocytes dont 80 o/o de polynucléaires.

Amaigrissement très marqué. Fièvre légère. Nombreux traitements médicaux (belladone, bromures, 50 séances de diathermie) sans résultat.

On conclut à une appendicite chronique avec épiploïte, et on demande l'exploration de l'estomac en raison de la possibilité d'un ulcus pylorique.

Intervention le 3 avril 1922 par le professeur Gosset. « Laparotomie médiane sus-ombilicale. On voit un estomac normal, une vésicule normale, de gros ganglions dans le mésentère. L'épiploon est grenu et une partie adhère à la pointe de l'appendice. Celui-ci est petit. On résèque l'épi-

ploon, et on l'enlève en un seul tenant avec l'appendice qu'on a écrasé d'abord.

A la terminaison de l'iléon, très légère coudure de Lane qu'on libère. »

Amélioration presque immédiate. Revue en juillet 1922, la malade présente encore quelques aigreurs et renvois.

Deux ans après, l'amélioration s'est maintenue : pas de douleurs stomacales, quelques renvois acides quand la malade s'écarte du régime habituellement suivi. Reprise légère de poids, reprise de forces, l'insomnie a disparu. De temps à autre, douleurs abdominales en rapport avec des périodes de constipation.

Examen : cicatrice normale, disparition de la douleur épigastrique. Légère sensibilité douloureuse de la zone appendiculaire et péri-ombilicale.

OBSERVATION XXII

Appendicite chronique avec syndrome de dyspepsie hypersthénique ayant fait porter le diagnostic d'ulcère duodénal. — Exploration négative. — Résultat très favorable.

Mlle V..., 36 ans. Entrée le 18 novembre 1921 dans le service du Dr Enriquez.

Début des troubles en octobre 1919 : le malade ressent des crampes épigastriques violentes survenant après les repas et suivies d'une sensation de faim douloureuse qui est calmée par l'ingestion des aliments. Pas de vomissements. Quelques renvois aqueux, acides ou amers. La crise dure quinze jours. Deuxième crise en septembre 1920, avec la même sensation de faim douloureuse et brûlures post-prandiales. On trouve à ce moment du clapotage à jeun, une sensibilité diffuse de l'abdomen avec point de Mac Burney. Alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'en novembre 1921.

A ce moment dyspepsie hypersthénique persistante : douleurs à type tardif avec irradiation dorsale. Appétit conservé. Malade amaigrie, traits tirés. Constipation opiniâtre.

Abdomen souple ; pas de défense localisée. Clapotage à

jeun. Douleur au point de Mac Burney, à la palpation de l'S iliaque, et surtout dans la région épigastrique et la zone pyloro-duodénale. Foie petit, rate non perceptible.

Tubage à jeun : ramène à deux reprises 30 centimètres cubes de liquide très acide. Recherches de sang dans les selles : constamment négatives.

Radioscopie. — Estomac très abaissé, élargi, couche de liquide à jeun. Hyperkinésie. Douleur solaire, et surtout point douloureux duodéal. Sensibilité cæco-appendiculaire.

On conclut à un ulcère du duodénum, et on demande l'exploration de la région cæco-appendiculaire.

Intervention, par le professeur Gosset qui conclut à une appendicite chronique simple. « Première et deuxième portions du duodénum un peu dilatées, sans traces d'ulcère. Vésicule normale. Paroi stomacale mince. Estomac plein de gaz. Appendice un peu gros, rouge. Epiploon normal. »

Revue en avril 1924.

Depuis l'appendicectomie, disparition des douleurs à caractère de crampes ou de brûlures, sauf une seule crise gastralgique ayant cédé en huit jours à un traitement par le bromure de camphre. Persistance de sensations de ballonnement, avec baillements et renvois. Continue à suivre un régime. Constipation plus accentuée qu'avant l'intervention. En mai 1923 a subi l'hystérectomie subtotale pour salpingite suppurée bilatérale.

Reprise de poids. Pas de points douloureux à l'examen abdominal, sauf légère sensibilité épigastrique.

OBSERVATION XXIII

Appendicite chronique à syndrome gastrique ayant fait soupçonner un ulcus pyloro-duodéal. — Epiploïte et périviscérite (péricholécystite) constatée à l'intervention. — Appendicectomie et résection épiploïque. — Résultat très favorable.

Mlle D..., 19 ans, entrée le 24 mai 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Dans les antécédents, crise d'entérite (?) avec vomissements à l'âge de 12 ans. Souvent, état nauséux et céphalée. Depuis deux ans, présente des troubles dyspeptiques :

douleurs survenant une demi-heure à une heure après les repas, siégeant au creux épigastrique, et irradiant dans les flancs et l'hypogastre. Elles durent plusieurs heures, et sont parfois soulagées par des vomissements alimentaires ou bilieux. Quand il n'y a pas de vomissements, il y a parfois crise diarrhéique. Souvent diarrhée prandiale. Les douleurs subissent une exacerbation nette durant les règles.

Au cours de cette évolution, pleurésie gauche, actuellement guérie.

Recrudescence des troubles digestifs en mai 1920 : douleurs, vomissements, céphalée, entérite avec selles bilieuses et muco-membraneuses. Appétit nul, dégoût pour la viande et les graisses. Jamais d'hématémèses. Parfois présence de sang rouge dans les selles entéritiques. Légère fièvre vespérale avec sueurs nocturnes.

La palpation de l'abdomen provoque de vives douleurs au niveau du creux épigastrique. Point appendiculaire douloureux, avec irradiation au petit bassin.

Rien aux autres appareils, sinon une légère diminution du murmure vésiculaire au sommet droit avec respiration saccadée.

Radioscopie. — Estomac tonique dont le point déclive reste au-dessus des crêtes iliaques. Un peu de liquide à jeun. Pas d'hyperkinésie. Les contractions remplissent un bulbe duodénal qui reste visible en permanence : évacuation lente. On note un point douloureux très net se projetant au bord droit du bulbe duodénal, un point paraombilical, un point appendiculaire. En position couchée, les points douloureux s'étagent sur une ligne partant du point de Mac Burney et atteignant la région duodénale.

On conclut à une appendicite chronique, avec probabilité d'ulcus duodéno-pylorique.

Intervention le 19 juin 1920 par le professeur Gosset.

Diagnostic opératoire. — Appendicite chronique, épiploïte et péricholécystite. Appendicectomie, résection de l'épiploon.

« Incision médiane sus-ombilicale. On voit une vésicule normale, avec un peu de péricholécystite entre la vésicule et l'angle droit du transverse. A la palpation, le pylore et le duodénum n'ont rien. La petite infection des voies biliaires vient sans doute de l'appendice. On va au cæcum et on

amène au dehors un appendice très malade, dont la partie supérieure est dilatée. On l'enlève par écrasement. Terminaison de l'iléon normale dans ses 10 derniers centimètres. L'épiploon est gros, surtout dans sa moitié gauche : on le résèque en 7 paquets. »

Malade revue en avril 1924. A retiré un bénéfice considérable de l'intervention. N'a plus eu de vomissements, ni de douleurs stomacales. Elle suit toujours un régime à base de viandes grillées, pâtes et légumes. Les écarts de régime (salade, vin) provoquent quelques sensations de brûlure. Le lait est mal toléré (météorisme), ainsi que les œufs.

La céphalée, les règles douloureuses ont persisté.

Il y a rarement des douleurs spontanées de la région péri-ombilicale ; à la palpation profonde il persiste une sensibilité nette de la région de Mac Burney, du point cystique et de la zone intermédiaire.

Depuis l'intervention la malade s'est mariée et a eu un enfant. Etat général très satisfaisant.

OBSERVATION XXIV

Appendicite chronique avec nombreuses crises aiguës. — Syndrome duodénal rapporté à l'existence de périviscérite, et peut-être d'ulcus. — L'intervention montre une cholécystite catarrhale. Appendicectomie et cholécystectomie. — Résultat peu favorable.

Mme R..., 42 ans, entrée le 15 juin 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Depuis l'âge de 20 ans, a présenté des crises gastralgiques, généralement à caractère de crampes, survenant aussitôt après les repas. Constipation habituelle. A 25 ans, première crise d'appendicite aiguë typique, traitée médicalement. Refroidissement obtenu très lentement. Coexistence d'entérite muco-membraneuse qui a été traitée par le régime et les lavages d'intestin. La malade conserve des selles irrégulières, constipation avec débâcles. Depuis lors, nombreuses crises appendiculaires survenant tous les trois ou quatre mois environ, durant huit jours ; et symptômes de dyspep-

sié hypersthénique caractérisée par une sensation de pesanteur habituelle traversée par des crises douloureuses semi-tardives (une heure après le repas) ou franchement tardives (5 h., minuit), avec faim douloureuse. Nausées fréquentes sans vomissements. En novembre 1919, crise appendiculaire très violente ; en février 1920 nouvelle crise avec gastralgie et vomissements aqueux. La malade est soumise à cette époque à un traitement diathermique (20 séances) qui amène une légère rétrocession des douleurs.

En juin 1920 à la Pitié, on constate que l'abdomen est souple dans sa totalité. Douleur au point de Mac Burney, et sur une ligne joignant ce point au pylore. Légère douleur épigastrique. Signe de Rovsing.

Foie normal. Rate percutable (4 travers de doigt).

Rien à l'appareil génito-urinaire.

Radioscopie. — Estomac en crochet, tonique. Douleur épigastrique, douleur très vive à la pression de la région pyloro-duodénale. Cæcum fixe. Légère stase iléale. Douleur de la région cæco-appendiculaire, points douloureux s'étageant jusqu'au carrefour, en dedans du bord interne du cæco-ascendant.

L'existence de crises d'appendicite antérieures, la douleur duodénale localisée, le type évolutif de la dyspepsie, font porter le diagnostic d'appendicite chronique avec syndrome duodénal (ulcus ou périviscérite). On propose l'appendicectomie avec exploration du carrefour.

Intervention, le 28 juin 1920 par le professeur Gosset.

Diagnostic opératoire : appendicite chronique et cholécystite catarrhale. Appendicectomie et cholécystectomie.

« Incision transversale. On explore l'estomac et on ne trouve rien sur le pylore, ni sur le duodénum. La malade au début de l'opération, ne dormant pas tout à fait a des contractions au niveau du pylore et de l'antrum pylorique, contractions qui disparaissent lorsque l'anesthésie est complète. On va au cæcum et on amène au dehors un appendice malade, à paroi épaisse, vaisseaux dilatés dans son tiers inférieur. On l'enlève par écrasement. Puis on va à la vésicule, dilatée par un contenu liquide. On la ponctionne et on retire une bile extrêmement noire. La paroi est un peu épaisse, il n'y a pas d'adhérences ; il y a des ganglions très nets au niveau de son col. Dans ces conditions on fait une cholécys-

tectomie d'arrière en avant. La vésicule ouverte sur sa face hépatique a un aspect plus grenu que normalement, framboisé. »

Revue en avril 1924. Légère amélioration des troubles digestifs aussitôt après l'opération, mais reprise ultérieure des troubles sans changement notable : nausées à jeun ; une heure après le repas faim douloureuse ; quatre heures après état nauséux, et le cycle recommence. Persistance d'entérite muco-membraneuse. Evolution des troubles par crises. Pas de reprise de poids. Examen : ventre souple ; sensibilité de la zone épigastrique, sensibilité douloureuse de la région cæco-colique.

OBSERVATION XXV

Dysespsie hypersthénique, avec hypersécrétion très acide, ayant fait porter le diagnostic d'ulcère probable. — Douleur appendiculaire. — Exploration négative de l'estomac et du carrefour sous-hépatique. — Appendicectomie. — Pas d'amélioration clinique.

Mlle B..., entrée le 19 novembre 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Début des troubles dyspeptiques remontant à deux ans. Tout d'abord sensations de pesanteur survenant immédiatement après les repas. Puis sont apparues de véritables douleurs à caractère de brûlures, survenant aussitôt après l'ingestion des aliments, avec recrudescence deux heures après. A ce moment la douleur est très violente, à caractère térébrant : cette douleur tardive dure une demi-heure à deux heures. La gastralgie se produit presque quotidiennement avec exacerbation par périodes d'une semaine environ chaque mois. Renvois acides le matin. Etat nauséux intermittent, avec vomissements alimentaires et bilieux de temps à autre au moment des paroxysmes douloureux. L'alimentation calmait au début les douleurs ; cet effet sédatif diminue de netteté. Pas d'hémorragie du tube digestif. Constipation opiniâtre.

L'examen de l'abdomen montre du clapotage à jeun, une douleur épigastrique, un point douloureux appendiculaire.

Radioscopie. — Estomac dilaté, ptosé, avec couche abondante de liquide d'hypersécrétion. On note au niveau de la petite courbure l'existence d'un spasme localisé et persistant. En position couchée, cæcum fixé ; point douloureux appendiculaire.

Le tubage à jeun donne 110 centimètres cubes de liquide très acide. Hcl libre 1,75. Acidité totale 3,60.

Leucocytose à polynucléaires : 16.000 globules blancs dont 88 o/o de polynucléaires.

Mise au traitement médical par l'atropine à doses progressives (1/4 à 2 millgr.), par le benzoate de benzyle (60 gouttes), par la diathermie, la malade n'accuse aucune amélioration de ses phénomènes subjectifs, et on trouve le même degré d'hypersécrétion.

Une intervention est proposée avec le diagnostic : Ulcus probable ; douleur au point appendiculaire. L'existence d'un ulcus est possible en raison de l'intensité des phénomènes gastriques, et de la déformation spasmodique constatée au niveau de la petite courbure.

Opération le 11 mars 1921, par le professeur Gosset.

« Laparotomie médiane sus ombilicale. On trouve un estomac plutôt hypotonique, sans musculature hypertrophiée, sans ulcère. Pas de lésion vésiculaire. On va à l'appendice et on le trouve scléreux, blanc. Appendicectomie. »

Revue dans le cours de 1921 et de 1923, la malade n'accuse aucune amélioration nette : toujours douleurs tardives, et hypersécrétion.

OBSERVATION XXVI

Syndrome d'ulcus duodénal, avec melaena. Douleur appendiculaire. A l'intervention, pas d'ulcère, mais estomac vasculaire et dilaté. Gastro-entérostomie et appendicectomie. Pas d'amélioration. Nombreuses interventions ultérieures.

Mme B..., 43 ans, entrée le 13 mars 1922, dans le service du Dr Enriquez.

Début remontant à deux ans, par des douleurs vagues et une sensation de pesanteur après les repas. Au bout de quelques mois, douleurs violentes, prédominant sous le

rebord costal gauche, et coïncidant avec du *melaena*. Un ulcère d'estomac est diagnostiqué, et la malade traitée par les pansements bismuthés. Pendant un an et demi, elle présente des crises douloureuses intermittentes, avec hémorragies occultes, et elle est traitée pour ulcère dans divers services hospitaliers.

A son entrée à la Pitié, la malade présente un syndrome de dyspepsie hypersthénique, avec appétit conservé, crises douloureuses survenant immédiatement après les repas, se calmant, et présentant une recrudescence deux heures après. La douleur siège principalement dans l'hypocondre gauche, avec irradiations lombaires. L'épigastre est peu douloureux. Au moment des paroxysmes la malade se couche sur le côté gauche, en chien de fusil. Fréquemment elle accuse une violente précordalgie, avec irradiation dans la zone cubitale gauche.

Pas de nausées, ni de vomissements. Fréquemment régurgitations acides. Réactions de Weber positives dans les selles.

On trouve à la palpation de l'abdomen une sensibilité très nette de la fosse iliaque droite.

Les radiographies en série ayant montré au niveau de la deuxième portion du duodénum une image de diverticule paraissant avoir la dimension d'un petit pois, on conclut à un ulcère duodénal et on demande également l'exploration de l'appendice.

Intervention le 3 avril 1922 (Pr Gosset).

« Laparotomie médiane sus-ombilicale. On voit un estomac vasculaire, dilaté, mais sans ulcère ni sur l'estomac ni sur le duodénum. Etant données les souffrances de la malade, et la dilatation de l'estomac, on croit préférable de le drainer et on fait une gastro-entérostomie postérieure avec bouche large de 5 centimètres. Cæcum normal. Appendice gros, long, mésolipomateux. Appendicectomie. »

Pas d'amélioration par l'intervention. En août 1922, on fait l'occlusion du pylore, qui calme la gastralgie jusqu'en décembre. En juin 1923, nouvelle intervention pour libération d'adhérences, et en octobre 1923, cholécystectomie. A la suite de ces interventions, les violentes douleurs gastriques ont disparu, et la malade a repris 7 kilogrammes sur les 15 qu'elle avait perdus. Elle n'a plus eu d'hémorragie diges-

tive ; il persiste des troubles dyspeptiques sous forme de pesanteur et de météorisme, nécessitant la continuation d'un régime.

Cette observation est d'une interprétation très difficile. M. Enriquez pense que l'image diverticulaire tenait probablement à l'ampoule de Vater remplie de liquide opaque. L'origine appendiculaire des troubles paraît douteuse, malgré la douleur de la fosse iliaque droite, en l'absence de lésions manifestes de l'appendice, et d'effet favorable de la première intervention.

OBSERVATION XXVII

*Appendicite chronique avec syndrome d'ulcère et hématomèse
Exploration négative de l'estomac*

Mlle A..., 19 ans, entrée en juillet 1917 dans le service du Dr Enriquez.

Début des troubles dyspeptiques remontant à six ans environ. D'emblée syndrome tardif : douleurs trois ou quatre heures après le repas, souvent douleurs nocturnes réveillant la malade. Régurgitations acides ou glaireuses. Alternatives de diarrhée et de constipation.

Pas d'amélioration par les traitements médicaux. La dyspepsie est continue, sans accalmies. Appétit conservé ; pas d'amaigrissement notable.

En avril 1917, une *hématomèse* très abondante, suivie de melaena fait porter le diagnostic d'ulcus.

Mais indépendamment de ces troubles gastriques, il existe un syndrome appendiculaire, caractérisé par une douleur au point de Mac Burney, et un état nauséux. Troubles nerveux : céphalée, insomnie.

Radioscopie : Douleur pyloro-duodénale. Point de Mac Burney. Stase iléale.

Intervention, le 2 août 1917 (Dr Pauchet).

« Exploration de l'estomac par décollement épiploïque : rien d'anormal. Vu l'existence d'hémorragies, on incise l'organe et on explore la muqueuse au moyen d'un spéculum

introduit dans la fente. La muqueuse est un peu rouge, mais ne présente pas d'ulcération.

Ablation de l'appendice qui est long et tortueux. Pas de bride de Lane. »

Non revue.

OBSERVATION XXVIII

Appendicite chronique avec dyspepsie hypersthénique
Modifications du bulbe duodénal. — Périviscérite (périduodénite)

M. M..., 23 ans, entré le 7 mars 1922 dans le service du Dr Enriquez.

Début brusque en août 1915 : le malade qui n'avait aucun passé dyspeptique, est pris de vomissements alimentaires et de diarrhée, sans douleur abdominale. A partir de ce moment l'état dyspeptique s'installe, évoluant par crises séparées par des intervalles de santé relative durant un ou deux mois.

Durant les crises, le malade a des paroxysmes douloureux survenant trois ou quatre heures après les repas, et se prolongeant durant une heure ou deux. Les douleurs siègent à l'épigastre, irradient en haut le long de l'œsophage, en ceinture, avec point douloureux dorsal au niveau de la onzième ou douzième dorsale. Elles ont le caractère de douleurs en broche, s'accompagnent de sensations de constriction, contraignent le malade à se plier en avant, et laissent à leur suite un endolorissement épigastrique avec ballonnement et gargouillements. Fréquemment état nauséux, mais pas de vomissements. Appétit conservé.

Pas d'hémorragie du tube digestif. Pas d'amaigrissement notable.

Ventre souple. Point douloureux épigastrique. Autre point douloureux plus vif dans la région pyloro-duodénale. Point de Mac Burney.

Radioscopie : Estomac légèrement hypertonique, sensibilité solaire diffuse. Au cours de l'évacuation, on constate une tache bismuthée permanente au niveau de l'angle de la deuxième et de la troisième portion du duodénum, où il

existe un point extrêmement douloureux. Douleur de la région du carrefour. Douleur appendiculaire, Transit gastro-colique normal.

Radiographies en série : Bulbe à contours irréguliers, d'aspect floconneux, avec encoche paraissent correspondre à l'existence d'une bride épiploïque, ou spasme duodénal (1).

On conclut à une appendicite chronique avec syndrome duodénal (périduodénite), pour lequel on demande l'exploration du carrefour.

Intervention, le 12 avril 1922 (Dr Robert Monod).

« Incision transversale : on commence par explorer la région appendiculaire. Petit appendice non adhérent, mais recouvert par un velum inflammatoire. Appendicectomie. Ensuite on se porte à la région duodénale. Toute la région hépato-duodénale est occupée par un foyer de péritonite fibreuse où se distinguent des brides allant de la vésicule au duodénum, et surtout du hile du foie au bord supérieur du duodénum et du canal pylorique. Immédiatement après le pylore, le duodénum est véritablement coudé par une bride résistante, et quand on examine dans son ensemble ce velum sous-hépatique, on remarque qu'en un point du velum, le duodénum fait hernie à travers le voile fibreux. Libération de toutes les adhérences ; section des brides. Vésicule normale comme volume et coloration ; pas de calculs. La palpation de l'estomac et du duodénum ne montre aucun point induré. »

Non revu.

I. V. Enriquez et G. Durand, *Les ulcères de l'estomac et du duodénum*. Paris, 1923, pl. IV.

OBSERVATION XXIX

Dyspepsie atonique avec grande dilatation stomacale et évacuation très retardée, ayant fait porter le diagnostic de sténose organique du pylore. Pas de lésion stomacale à l'intervention, mais appendicite chronique latente. Résultat favorable de l'appendicectomie.

Mme C..., 22 ans, entrée le 9 avril 1923 dans le service du Dr Enriquez.

Depuis l'âge de 16 ans, se plaint de sensations de flatulence après les repas, avec renvois acides, sans vomissements alimentaires, sans douleurs véritables. Elle suit depuis ce moment le régime habituel des dyspeptiques.

En août 1922, crise douloureuse avec diarrhée et vomissements, qualifiée à cette époque gastro-entérite. A la suite de cette crise, l'état dyspeptique s'aggrave.

Les douleurs sont peu intenses, la malade accuse surtout une sensation de pesanteur au creux épigastrique, avec bouffées de chaleur, éructations. L'ensemble des signes apparaît deux heures après les repas, et dure deux heures environ. la faim est conservée, l'ingestion des aliments calme les sensations pénibles. Rares vomissements : 4 ou 5 depuis décembre 1922 ; ils surviennent tardivement, 7 heures après le repas, sont abondants, mais ne paraissent contenir que les aliments du dernier repas.

Jamais d'hématémèse. Constipation habituelle. Amaigrissement de 8 kilogrammes depuis août 1922 : poids : 39 kilogrammes ; asthénie, état cachectique.

La palpation de l'abdomen montre une sensibilité très peu marquée du creux épigastrique, sans douleur du point de Mac Burney.

Diminution du murmure vésiculaire au sommet gauche, avec expiration soufflante ; quelques taches discrètes à l'examen radioscopique, figurant un médaillon autour d'un espace plus clair. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. Pas de fièvre.

Radioscopie. — Dix heures après le dernier repas, toute

la gélobarine est dans le gros intestin. La bouillie ingérée sous l'écran tombe à travers une couche abondante de liquide, et vient remplir le bas-fond d'un estomac atonique, dilaté, ptosé, dont la limite inférieure est à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Grande dilatation de l'antrum prépylorique; image en cuvette. Quelques ondulations se produisent aussitôt après le remplissage, puis quelques contractions plus profondes mais inefficaces. Aucune évacuation n'est constatée durant l'examen. Côlon transverse ptosé; pas d'ascension cœcale en décubitus dorsal. Pas de points douloureux constatés sous l'écran.

Radiographie en série. — Ne montrent rien d'anormal en dehors de la grande dilatation de l'antrum prépylorique. Aucun des clichés ne permet d'étudier l'évacuation duodénale en l'absence de contractions durant l'examen.

L'importance des troubles de l'évacuation qui est très retardée, les vomissements tardifs, la dénutrition, la dilatation stomacale, l'absence de douleur iliaque, inclinent à faire poser le diagnostic de sténose organique du pylore dû probablement à un ulcus juxta-pylorique.

Intervention le 2 mai 1923 par le professeur Gosset. « Laparotomie médiane sus-ombilicale. On explore l'estomac qui est dilaté. Mais on ne trouve aucun ulcère ni gastrique, ni duodénal. Vésicule normale. On va au cæcum, et on trouve un appendice malade dans une petite niche entre l'iléon et le cæcum. Appendicectomie. »

Fin mars 1924, la malade déclare qu'elle a mis de longs mois à se rétablir, mais que sa santé générale est très améliorée depuis l'intervention: suppression des malaises digestifs, reprise progressive des forces. Cependant elle ne peut s'écarter sans accidents du régime alimentaire déjà suivi avant l'intervention.

OBSERVATION XXX

Dyspepsie hypersthénique, avec hypersécrétion et douleur pylorique, ayant fait porter le diagnostic d'ulcère. Intervention: appendicite chronique, exploration négative du carrefour sous-hépatique. Amélioration peu marquée.

Mme L..., 32 ans, entrée fin 1920 dans le service du Dr Enriquet.

Début des troubles dyspeptiques quatre ans auparavant. Tout d'abord sensations de ballonnement, de pesanteur au creux épigastrique, avec renvois. Puis au bout d'un an, apparition de véritables douleurs. Pendant longtemps la malade souffre surtout le matin à jeun, et la douleur est calmée par l'alimentation. Plus tard, la gastralgie du matin disparaît, et les crises prennent le caractère de paroxysmes tardifs, survenant habituellement deux à trois heures après le repas. Siège épigastrique avec irradiations lombaires. Eructations et renvois ; jamais de vomissements alimentaires.

Constipation opiniâtre alternant avec crises de débâcle. Pas d'hémorragie du tube digestif.

Evolution des troubles par crises séparées par des périodes d'accalmie de deux à trois mois.

Amaigrissement notable ; oscillations du poids en rapport avec l'évolution des crises douloureuses.

L'examen ne montre qu'une douleur épigastrique. On ne constate pas de douleur nette au point de Mac Burney.

Clapotage à jeun. Le tubage ramène 50 centimètres cubes de liquide contenant de l'HCl libre et de l'acide lactique (traces de sang). Un second tubage donne 80 centimètres cubes de liquide fortement acide, avec un peu de sang.

Rien à signaler à l'examen des autres appareils. Pas d'antécédents pathologiques.

Radioscopie. — Estomac hypotonique, ptosé, avec liquide à jeun. Pas de trouble de l'évacuation. Point douloureux au niveau du plexus solaire. Un autre point douloureux au niveau du pylore.

Pas d'amélioration notable par le traitement atropinique, ni par la diathermie.

Le syndrome d'hypersécrétion avec douleur pylorique localisée fait porter le diagnostic d'ulcère, en l'absence de toute douleur appendiculaire.

Intervention le 16 février 1921 par le professeur Gosset, qui conclut à une appendicite chronique avec phénomènes gastriques.

« Laparotomie médiane sus-ombilicale. On explore l'estomac, et on ne trouve d'ulcère ni sur l'estomac, ni sur le duodénum. La vésicule est normale. On va au cæcum et on trouve un appendice court, scléreux, non adhérent, qu'on enlève

par écrasement. Epiploon à peu près normal ; on le laisse en place. »

N'accuse qu'une légère diminution des douleurs après l'intervention. Pendant un an traitement diathermique par longues séries, sans grand résultat. La malade cesse ensuite tout traitement pendant un an : pas de changement. Amélioration graduelle, à la suite de la reprise du traitement médical (régime, alcalins, kaolin, belladone). Les crises s'espacent et sont moins violentes, mais gardent le même caractère, avec douleurs tardives et faim douloureuse. Poids stationnaire.

OBSERVATION XXXI

Dyspepsie avec retard de l'évacuation gastrique et stase barytée de 9 heures, ayant fait porter le diagnostic de sténose pylorique par ulcère. — Intervention : pas d'ulcère, appendicite chronique avec épiploïte.

Mme B..., 63 ans, entrée le 16 novembre 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Bien portante jusqu'en 1918. Se plaint depuis deux ans de douleurs lombaires, et depuis six mois de troubles dyspeptiques : sensations de ballonnement, de plénitude gastrique, avec parfois douleurs épigastriques apparaissant immédiatement après les repas, durant une heure environ, et irradiant à l'hypocondre droit. Pas de vomissements alimentaires, parfois régurgitations acides. Appétit conservé. Amaigrissement très notable.

L'examen montre un point douloureux maximum à deux travers de doigt à droite de l'ombilic. Fosse iliaque droite et épigastre légèrement douloureux.

Radioscopie. — Neuf heures après le dernier repas baryté, stase d'environ 100 centimètres cubes dans le bas-fond stomacal qui se dessine en forme de cuvette. Le reste des repas opaques occupe les anses iléales, le cæcum, le côlon ascendant, et l'origine du transverse.

L'ingestion sous l'écran d'une nouvelle quantité de géobarine montre un retard notable au passage du cardia (spasme du cardia). L'estomac est hypotonique, ptosé, bas-

fond à 13 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. Etirement du segment moyen; aspect en crochet du segment inférieur. Quelques contractions font passer la baryte dans le bulbe et la deuxième portion du duodénum, qui restent visibles durant tout l'examen. Douleur très localisée à la pression au niveau de la deuxième portion du duodénum.

En position couchée on note deux points douloureux, l'un correspondant à la deuxième portion du duodénum, l'autre à la région cæco-appendiculaire. Ascension cæcale de 7 centimètres en position couchée.

La stase barytée et la douleur pyloro-duodénale font porter le diagnostic de sténose organique du pylore, avec ulcère probable pyloro-duodénal.

Intervention, le 13 décembre 1920 par le professeur Gosset.

« Diagnostic opératoire : appendicite chronique, dislocation verticale de l'estomac, épiploïte.

Appendicectomie et résection totale de l'épiploon.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On explore. La vésicule est un peu plus blanche que normalement, mais on ne sent pas de calculs dans son intérieur. L'estomac est disloqué, mais il n'y a pas d'ulcère ni au pylore, ni à la jonction de la première et de la deuxième portion du duodénum. Dans ces conditions, on va regarder le cæcum, et on voit un appendice rétro-cæcal dont la pointe remonte jusqu'à l'angle droit du transverse. Il est peu éloigné de la région pylorique, scléreux. On l'enlève par écrasement et on l'enfouit. Terminaison de l'iléon non coudée. Epiploon malade : on le résèque en totalité en le liant en 9 paquets. »

Non revue.

OBSERVATION XXXII

Dyspepsie, avec melæna, et image interprétée comme lacune de la région pylorique, ayant fait conclure à un néoplasme gastrique. Diagnostic opératoire : spasme gastrique de la petite courbure, consécutif à une appendicite chronique.

M. R., 49 ans. Entré le 17 juillet 1922 dans le service du Dr Enriquez.

Bien portant jusqu'en 1910. A ce moment douleurs peu caractéristiques survenant immédiatement après les repas, ballonnement, éructations. Ces troubles dyspeptiques persistent d'une façon intermittente jusqu'en 1922.

Depuis lors, malaises après les repas sous forme de pesanteurs, de tension épigastrique, et paroxysmes douloureux tardifs survenant trois ou quatre heures après les repas. Le matin à jeun, sensations douloureuses, siégeant surtout dans l'hypocondre droit.

Pas d'anorexie. Pas de vomissements. Constipation.

Pas d'amaigrissement notable.

L'examen montre un point douloureux localisé un peu à droite et au-dessus de l'ombilic.

Rien à signaler aux autres appareils.

Le malade a présenté durant trois ou quatre jours du melaena.

Radioscopie: montre une image interprétée comme lacune de la région pylorique, au niveau de la petite courbure.

Cet aspect, et l'existence du melaena, font conclure à un néoplasme gastrique probable.

Intervention le 25 août 1922, par le D^r Desplas qui conclut à un spasme gastrique de la petite courbure consécutif à une appendicite.

« Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac ne montre aucune lésion gastrique. Rien à la vésicule. On va à l'appendice qui est malade. Appendicectomie. »

Non revu.

OBSERVATION XXXIII

Syndrome gastralgique. — Association d'appendicite chronique et de cholécystite non calculieuse.

Mme R..., 30 ans. Entrée en avril 1923 dans le service du D^r Enriquez.

Souffre de l'abdomen depuis huit ans environ. Les douleurs se sont installées progressivement et ont évolué par poussées successives, séparées par des accalmies dont la plus longue a duré un an.

La malade accuse spontanément trois zones douloureuses : le creux épigastrique, où siège le maximum des douleurs, l'hypocondre droit, et la fosse iliaque droite. Pas d'irradiation dorsale ou scapulaire.

Les douleurs surviennent irrégulièrement, par crises, ne semblent pas avoir de relations avec les repas ; leur apparition et leur durée ne paraissent soumises à aucune phase de la digestion, et sont très variables. Pas d'accentuation durant les règles. La douleur a le caractère de pesanteur, parfois de torsion, siégeant dans la région épigastrique et irradiant à l'hypocondre droit. Appétit conservé Selles normales. Quelques nausées. Pas de vomissements. Pas d'hémorragies du tube digestif.

Amaigrissement d'une dizaine de kilos.

L'examen montre un abdomen souple, facilement dépressible. Douleur à la palpation de la région de Mac Burney. Point douloureux épigastrique au milieu de la ligne ombilico-xiphoïdienne. Point cystique. Foie non hypertrophié.

Rien à signaler aux autres appareils.

Examen radiologique (D^r Keller).

Radioscopie. — Estomac se remplit très rapidement, vertical, allongé. Le bas-fond se projette à un travers de main au-dessous de la ligne bisiliaque. Aucune anomalie des contours.

Palpation : point sensible un peu en dehors de la région pyloro-duodénale.

Péristaltisme irrégulier avec périodes de repos.

Bulbe duodéal se remplit, et ne paraît pas déformé.

La pression de la fosse iliaque droite éveille un point sensible très net au niveau de la région appendiculaire.

Radiographies en série. — 1^o Antre prépylorique et bulbe duodéal sont nets.

2^o La deuxième portion du duodénum est attirée à droite. Au niveau de sa partie inférieure elle décrit une petite courbe à concavité droite prolongée par une courbe analogue de l'angle droit du colon : courbe correspondant au point douloureux constaté à la palpation et à l'intérieur de laquelle il n'est pas impossible que vienne se loger une vésicule anormalement volumineuse.

Pas de signe radiologique de lésion organique de l'estomac ou du duodénum.

On conclut à une appendicite chronique avec cholécystite.

Intervention le 20 avril 1923 par le professeur Gosset.

« Grosse vésicule un peu blanche, à paroi épaisse. Ponction : bile très noire, épaisse. Pas de calculs. Cholécystectomie.

Appendicectomie : appendice petit, peu malade.

Epiploon normal.

La vésicule ouverte présente une hypertrophie très nette des villosités. »

Revue trois mois après, la malade se déclare nettement améliorée : les douleurs ont presque complètement disparu. Il persiste un peu de gêne au creux épigastrique, avec quelques renvois acides. Pas de reprise de poids.

OBSERVATION XXXIV (D^r Carrié)

Association d'appendicite et cholécystite ; syndrome de dyspepsie hypersthénique

Mme L..., 30 ans.

Depuis quatre ans, alternatives de diarrhée et de constipation. Par périodes, douleurs abdominales du flanc droit, soit de la région sous-hépatique, soit de la fosse iliaque droite ; sans crises nettes de colique hépatique. Teint hépatique.

Est surtout considérée comme atteinte de cholécystite. Premier séjour à Vichy en 1922 : à la suite, sédation pendant environ quatre mois. Deuxième séjour à Vichy en 1923 : y arrive en état de crise légère. Dès le début du traitement, exacerbation des phénomènes douloureux : le traitement doit être arrêté.

Le D^r Carrié suit la malade de novembre 1923 à avril 1924. Pendant cette période, mauvais état général avec amaigrissement progressif ; alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Dans les périodes de crises : état nauséux, anorexie complète, constipation, douleurs diffuses du flanc droit, avec légère défense musculaire. Suivant les jours : sensibilité vive de la région de Mac Burney ; ou sensibilité vive de la région vésiculaire, douleurs dans le dos et l'épaule.

En permanence, signes de *dyspepsie hypersthénique*, avec douleurs gastriques deux à trois heures après les repas.

Pas de fièvre.

Echec de tous les traitements : diététique, belladone, urotropine, salicylate de soude, bile, applications chaudes, etc., etc. Récidives brusques dès que l'état s'améliore un peu.

Intervention le 26 avril 1924 (D^r Robert Monod).

1^o *Appendicectomie* : appendice très gros, turgescents, adhérences vélamenteuses péri-cæcales.

2^o *Cholécystectomie* : pas de péricholécystite ; bile noire ; état framboisé de la vésicule.

Depuis l'intervention, état parfait, teint clair.

OBSERVATION XXXV (D^r Carrié)

Séquelles d'appendicectomie. — Typhlo-colite et cholécystite à bascule. — Cholécystectomie. — Guérison

Mme C..., 32 ans.

Opérée à 17 ans d'appendicite à chaud, à la suite de nombreuses crises aiguës. Continue à présenter des symptômes gastro-intestinaux graves et des douleurs abdominales telles qu'une seconde opération est pratiquée un an après la première : libération d'adhérences. Sédation des symptômes observés, et retour complet à la santé.

Quelques années après la seconde intervention, Mme C... commence à souffrir de nouveau de troubles gastro-intestinaux et de douleurs abdominales qui ne la quittent plus. Elle est tour à tour considérée comme atteinte soit de colite, soit de cholécystite, et envoyée alternativement à Châtelguyon et à Vichy, sans succès.

Nous l'examinons pour la première fois en septembre 1923. Elle vient de présenter une crise sévère, au cours de laquelle elle est restée trois semaines alitée. Cette crise, uniquement intestinale, s'est manifestée par une diarrhée violente, provoquant plusieurs selles par jour, et par des douleurs vives à caractère de coliques. Après la crise, comme il est souvent arrivé antérieurement, à la diarrhée a succédé une constipation opiniâtre avec muco-glaires dans les selles.

L'examen physique révèle un cæco-ascendant spasmé, avec douleur diffuse de la fosse iliaque droite : la région sous-hépatique, et plus particulièrement la région vésiculaire est parfaitement indolore.

L'examen radiologique, radioscopie et radiographies en série, montre un cæcum en situation basse fixe, un peu dilaté, avec légère stase cæcale ; la douleur est diffuse et déborde largement en dedans le bord interne du cæco-ascendant ; au niveau du carrefour sous-hépatique, on ne constate ni signe de périviscérite, ni signes de cholélithiase. Le diagnostic porté est celui de typhlo-colite, avec épiploïte probable, cet état étant considéré comme la séquelle tardive de l'appendicite et de l'appendicectomie. La malade, traitée pour typhlo-colite, se remet rapidement et complètement.

La sédation devait être passagère. Six semaines après, Mme C... présente à nouveau des phénomènes douloureux abdominaux. L'examen pratiqué alors montre des symptômes très différents de ceux de la première crise, à savoir une douleur exquise et très localisée de la région vésiculaire. Le diagnostic de cholécystite se confirme très rapidement : malgré les traitements employés, diète relative, désinfectants biliaires, applications diathermiques, puis application de glace prolongée trois semaines, la cholécystite ne cesse pas de s'aggraver. Le 22 décembre 1923, en présence d'une contracture abdominale tenace, d'un état subfébrile (38°) persistant, de nausées qui empêchent toute alimentation, et surtout de frissons répétés dont certains ont l'intensité des grands frissons bilio-septiques, avec aggravation inquiétante de l'état général, une intervention chirurgicale est décidée. On pense trouver de la suppuration, malgré une leucocytose ne dépassant pas 9.000, sans polynucléose nette, et on envisage un simple drainage de la vésicule.

Le 23 décembre, le Dr Robert Monod ne trouve aucune trace de péricholécystite ; la vésicule est un peu grosse, d'un bleu sombre, contient une bile presque noire, et sa muqueuse a l'aspect dit framboisé. Cholécystectomie. L'exploration montre de plus l'existence d'une périviscérite importante du carrefour iléo-cæcal.

Suites opératoires parfaites. Frissons, nausées, état subfé-

brile disparaissent aussitôt ; l'état général se relève rapidement. Engraissement de 6 kilos en quatre mois et état abdominal parfait.

OBSERVATION XXXVI

Séquelles d'appendicectomie. Dyspepsie hypersthénique apparue trois ans après l'intervention. — Laparotomie exploratrice : aucune lésion chirurgicale.

Mme. G..., 23 ans

Antécédents. — Crise d'entérite de longue durée en 1913.

En 1914 présente quelques troubles **gastriques** (vomissements). Puis deux crises d'appendicite aiguë. **Opérée** d'urgence à la deuxième crise aux Enfants-Assistés. Bonne santé jusqu'en 1917. A ce moment présente des troubles dyspeptiques évoluant par crises de quelques jours, séparées par des périodes d'accalmie durant parfois un mois.

Vient consulter pour la première fois à la Pitié en juillet 1920. A ce moment il existe des douleurs épigastriques à type tardif, survenant habituellement trois heures après les repas, en particulier le soir. Les douleurs sont accompagnées de vomissements alimentaires, ou aqueux, parfois striés d'un peu de sang.

Constipation opiniâtre.

Rien de particulier à l'examen, sinon l'état de spasme du colon descendant qui est un peu douloureux. Douleur épigastrique à la pression.

Radioscopie. — Rien d'anormal, sauf douleur épigastrique, et douleur à la pression du pylore.

Tubage à jeun: 30 centimètres cubes de liquide fortement acide.

La malade est soumise durant un an à un traitement diététique et médicamenteux qui n'apporte aucun soulagement. Amaigrissement très accusé. Devant l'insuccès du traitement, et la persistance du syndrome pylorique, on propose une intervention exploratrice dans l'hypothèse d'un **ulcus** pylorique.

Intervention le 6 juin 1921 par le professeur Gosset.

« Laparotomie exploratrice : exploration de l'estomac, du duodénum, de la vésicule, du moignon cæcal : aucune lésion chirurgicale. Épiploon normal et sans adhérences. »

Revue trois ans après, la malade déclare qu'elle a ressenti une atténuation très nette de ses troubles durant un an après l'intervention. Reprise de poids de 7 kilogs. Puis, ayant repris ses occupations, elle a recommencé à présenter le même syndrome douloureux tardif, avec parfois vomissements au moment des paroxysmes douloureux. Bon appétit. Parfois faim douloureuse. Poids légèrement en augmentation.

OBSERVATION XXXVII (1)

Séquelles d'appendicectomie. — Syndrome gastrique apparu trois ans après l'intervention. — Epiploïte libre. — Résection de l'épiploon ; exploration du carrefour sous-hépatique négative.

Mme F..., 37 ans. Entrée le 8 juillet 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Première crise d'appendicite aiguë (douleurs violentes de la fosse iliaque droite, vomissements et fièvre) à l'âge de 22 ans. Traitée par la glace et la diète. La malade reste alitée plusieurs mois, puis reprend ses occupations. Nouvelle crise six mois après : l'appendicectomie est pratiquée, sans drainage. Suites opératoires satisfaisantes.

Durant trois ans, bonne santé, sauf quelques douleurs abdominales au moment des règles.

Un syndrome gastrique s'installe, trois ans après l'intervention. Malaises, bouffées de chaleur, somnolence, pesanteur épigastrique survenant après les repas ; fréquemment renvois acides, rarement vomissements alimentaires. Puis il survient de véritables douleurs épigastriques, térébrantes, ou à caractère de brûlure, avec nausées et renvois. Les douleurs surviennent immédiatement après les repas, évoluent sous forme de crises intermittentes, avec fièvre légère. Pas d'hémorragies digestives.

1. Cette observation a été rapportée sous le n° 28, dans la thèse de Flandrin.

Examen. — Ventre souple, cicatrice un peu large, pigmentée. Palpation non douloureuse sauf en une zone située à 5 centimètres à droite de l'ombilic.

Température normale. Léger amaigrissement.

Formule leucocytaire : 7.200 globules blancs dont 41 o/o de mononucléaires (grands monos 22, moyens 16, lymphocytes 3).

Radioscopie. — Estomac abaissé, hyperkinétique. En position couchée, points douloureux dans la région cœcale, et en dedans du colon ascendant. Le point douloureux maximum est situé dans l'angle du cæco-ascendant et du transverse, qui paraissent accolés, mais se séparent néanmoins.

On conclut à une épiploïte.

Echec des traitements médicaux.

Intervention le 16 juillet 1920 (pr. Gosset).

« Laparotomie latérale. Résection de l'ancienne cicatrice. L'épiploon est épais, non adhérent, on le lie en 8 paquets que l'on résèque. Angle sous-hépatique, terminaison de l'iléon : normaux. En terminant on va au duodénum, au pylore : tout est normal. La vésicule est petite, souple. Pas d'adhérences de l'épiploon avec la cicatrice abdominale. »

A sa sortie de l'hôpital, le 31 juillet, la malade ne présente plus de douleurs. Non revue depuis.

OBSERVATION XXXVIII (D^r Robert Monod)

Séquelles d'appendicectomie. — *Dyspepsie hypersthénique avec hématomésose ayant fait porter le diagnostic d'ulcus duodénal probable.* — *Intervention : pas d'ulcère ni de périviscérite du carrefour ; libération d'adhérences épiploïques à la paroi et résection partielle de l'épiploon.* — *Sédation efficace, mais temporaire ; reprise de la dyspepsie.*

Mme R. 29 ans.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à 6 ans.

N'a jamais eu d'ictère. N'est pas sujette aux angines.

Réglée à 16 ans : les périodes menstruelles provoquent durant leur premier jour de violentes douleurs, obligeant la malade à s'aliter. Un examen gynécologique montre l'existence d'une rétroversion.

Apparition des premiers troubles dyspeptiques en 1916, au cours d'une grossesse : sensations de brûlure stomacale, aigreurs, renvois acides ; jamais de vomissements durant les premiers mois. A la fin du septième mois une crise de douleurs abdominales accompagnées de vomissements bilieux fait porter le diagnostic d'appendicite. On n'intervient pas en raison de l'état de grossesse. Accouchement normal. Les troubles dyspeptiques disparaissent après l'accouchement.

De 1918 à 1922, la malade, qui ne suit aucun régime particulier, ne signale que quelques renvois acides de temps à autre ; au moment de l'épidémie de grippe, crise diarrhéique d'une durée de trois semaines, suivie de congestion pulmonaire.

En 1922 les troubles s'accroissent : brûlures survenant immédiatement après les repas, renvois acides, douleurs abdominales prédominant dans la fosse iliaque droite avec irradiations lombaires. En août 1922 le Dr Robert Monod pratique à l'hôpital Cochin l'appendicectomie avec hystéropexie, par laparotomie médiane sous-ombilicale.

Etat satisfaisant après cette intervention jusqu'en mars 1923. Poids : 50 kilogs. Puis les crises gastralgiques reprennent avec plus de violence, avec douleurs tardives, faim douloureuse, régurgitations acides. Vomissements calmant la douleur. Une hématemèse, de couleur marc de café, survenue en juillet 1923 jointe à la douleur du carrefour, avec défense musculaire, fait poser le diagnostic d'ulcère duodénal probable, et devant l'échec des traitements médicaux, une deuxième intervention est pratiquée à la Salpêtrière par le Dr Robert Monod, le 31 octobre 1923.

« Incision médiane sus-ombilicale. Exploration de l'estomac et du duodénum jusqu'à sa deuxième portion : négative. Aucune trace d'ulcère, aucune adhérence. Vésicule libre et non calculeuse. Mais en se portant du côté de l'ancienne cicatrice sous-ombilicale, on constate que l'épiploon adhère en bloc à la paroi, formant corde tirant en bas l'estomac et le duodénum. On libère les adhérences épiploïques ; et on résèque la portion basse du grand épiploon qui n'est enflammé que dans sa partie inférieure. »

Durant les quatre mois qui suivent, la santé de la malade est excellente ; les douleurs gastriques ont disparu.

Fin février 1924, brusquement une nuit, la malade est

éveillée par une violente douleur stomacale, puis vomit du liquide acide. Depuis, elle continue à souffrir d'une façon intermittente, avec des accalmies durant deux ou trois jours. Le Dr Robert Monod nous l'adresse pour traitement médical.

Les jours de crise, au réveil, pas de douleur gastrique, mais céphalée. Le petit déjeuner est pris avec beaucoup d'appétit et suivi de météorisme et de renvois acides. Quelquefois faim douloureuse vers 11 heures du matin. Le déjeuner est suivi des mêmes phénomènes de météorisme, avec sensation de barre stomacale. Il n'y a pas de paroxysme douloureux tardif, mais parfois rejet de liquide incolore, acide, non glaireux, ou vomissement alimentaire. A 6 heures du soir toute sensation anormale a disparu. Après le dîner quelques renvois. Dans la nuit, vers 1 ou 2 heures du matin de violentes douleurs à caractère de crampe réveillent la malade, parfois durant plusieurs heures.

Selles normales, ou légère constipation.

Perte de poids de 10 kilos depuis un an.

L'examen montre que les deux cicatrices de laparotomie, sus et sous-ombilicale sont chéloïdiennes. On trouve des points douloureux étagés de la zone appendiculaire au carrefour, une zone douloureuse épigastrique et ombilicale, un point douloureux moins accentué de la fosse iliaque gauche. Légère défense musculaire de la région du carrefour.

Foie normal. Rate non perceptible. Rein droit mobile. Urines normales, sans urobilinurie. Réflexes normaux. Règles actuellement très peu douloureuses.

Pas de leucocytose. Pas de fièvre.

Radioscopie. — Estomac de type hypotonique, légère couche de liquide à jeun. Contractions fortes, évacuation rapide, bulbe duodénal paraît normal. Légère ascension cæcale en décubitus dorsal ; le cæcum et le transverse se dissocient bien. Les points douloureux se projettent au bord interne du cæco-ascendant, au plexus solaire, et à la partie gauche du transverse.

Radiographies en série. — Ne montrent rien d'anormal au niveau du bulbe.

Il n'existe actuellement aucun signe d'ulcus, ou de péri-duodénite : la vérification a été faite il y a quelques mois et les lésions chirurgicales ont été traitées. Peut-être faut-il

incriminer de nouvelles adhérences, un processus d'épiploïte continuant à évoluer dans la partie non réséquée. Il est bien difficile d'en faire la preuve. En tous cas, la malade est actuellement justiciable d'un traitement purement médical : les médicaments combinés avec le régime habituel des dyspeptiques ont donné les résultats suivants :

La teinture de belladone à la dose de 60 gouttes par jour n'a pas donné de résultat net avant la deuxième intervention ; en revanche une série d'injections d'atropine a calmé momentanément la douleur, au prix de quelques troubles visuels, avec sensation de lassitude générale. Le kaolin n'a pas donné de résultat favorable, pas plus que le bromure de camphre. Les alcalins (bicarbonate et craie) calment la douleur d'une façon momentanée. L'association charbon-magnésie a dû être abandonnée en raison de l'apparition de la diarrhée. Un traitement au bromure de sodium, à la dose de 2 grammes par jour, institué après un mois de crise, a paru l'arrêter en trois jours et la malade se croyait guérie. Une crise nouvelle apparue après un mois de sédation ~~paraît être rebelle à cette médication~~. On substitue alors au bromure l'emploi de la ~~solution alcaline de Bourget~~ qui a un effet favorable.

OBSERVATION XXXIX (1)

Séquelles d'appendicectomie. Syndrome d'ulcère duodénal apparu au bout de dix ans. — A l'intervention, épiploïte et périviscérite (périduodénite, péricholécystite). — Résection d'épiploon, libération d'adhérences, gastro-entérostomie. — Résultat très favorable.

M. W..., 29 ans.

En janvier 1910, le malade commence à se plaindre pour la première fois d'une douleur de la fosse iliaque droite, avec hyperesthésie cutanée. Le point de Mac Burney ayant été trouvé très douloureux à la palpation profonde, on pose

1. Observation rapportée sous le n° 37, dans la thèse de Flandrin.

le diagnostic d'appendicite chronique, et l'*appendicectomie* est pratiquée en juillet.

Amélioration très marquée pendant deux ou trois mois.

Mais dans la suite, réapparition d'un point douloureux de la fosse iliaque droite : il s'agit d'une douleur sourde, *brusque*, qui surprend le malade en particulier quand il est debout, et l'oblige à s'asseoir. Cette douleur est cependant beaucoup moins vive que celle qu'il ressentait au même point avant l'intervention. Le symptôme s'atténue notablement plus tard à la suite d'un changement d'emploi qui permet au malade d'être assis dans son travail.

A partir de mai 1921, apparition de troubles dyspeptiques, à type hypersthénique. Avant le repas de midi, sensation de faim douloureuse. Le malade se met à table avec plaisir, et aux premières bouchées ingérées, le caractère douloureux de la faim se calme instantanément. Dès la fin du repas, apparaît une sensation de lourdeur stomacale, avec renvois et flatulences. Cette sensation diminue progressivement vers 3 ou 4 heures. A ce moment faim douloureuse. Le malade s'alimente pour l'apaiser. Le petit repas provoque une nouvelle sensation de lourdeur. Le soir à dîner, le même cycle recommence, et parfois encore vers minuit le malade mange à nouveau pour calmer sa douleur tardive.

Jamais de nausées, ni de vomissements alimentaires. Pas d'hématémèse, ni de melaena. Constipation habituelle.

Pas d'amaigrissement notable.

Le malade entre en observation dans le service du D^r Enriquez.

L'examen de l'abdomen montre un point douloureux de l'épigastre, où le malade accuse une douleur spontanée, sans irradiation dorsale. La région de la fosse iliaque droite est douloureuse, avec contracture. La zone douloureuse s'étend de la cicatrice à l'épigastre, avec un point plus marqué dans la région pyloro-duodénale.

Radioscopie. — Syndrome de Barklay : estomac hypertonique, avec évacuation rapide. Bulbe duodéal visible en permanence. Douleur cœliaque. Douleur à la palpation du pylore, du bulbe et de la deuxième portion du duodénum.

En position couchée, zone douloureuse suivant le bord interne du cæcum, point très douloureux à l'angle du colon ascendant et du transverse.

Le liquide duodénal donne une réaction de Weber légèrement positive. Le tubage gastrique ramène quelques centimètres cubes de liquide verdâtre, très acide (réaction de Gunzbourg fortement positive), avec réaction de Weber négative. Le repas d'Ewald donne 60 centimètres cubes de bouillie très divisée, où on trouve $H = 1,10$, $F = 0,20$, $A = 2,40$.

Formule leucocytaire : mononucléose très marquée 56 o/o : (grands monos 11 o/o, lymphocytes 45 o/o).

Le malade présentant des séquelles d'appendicectomie avec syndrome d'ulcère duodénal, on lui propose une intervention chirurgicale.

Diagnostic opératoire du professeur Gosset le 17 février 1922 :

« Périoduodénite, péricholécystite, épiploïte.

Gastro-entérostomie postérieure antipéristaltique ; résection de l'épiploon ; libération des adhérences duodénales et vésiculaires.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On fait un inventaire complet. On voit d'abord un épiploon grenu, épais ; le cæcum est un peu adhérent à la paroi abdominale. L'angle de la première et de la deuxième portion du duodénum est fixé sous le foie. Il y a aussi de la péricholécystite. La vésicule est de couleur normale et ne contient pas de calculs. On libère toutes les adhérences et on ne voit pas d'ulcère. Mais comme le contenu de l'estomac est hyperacide, on fait une gastro-entérostomie. Estomac très vasculaire ; la muqueuse est très rouge, très enflammée. Résection de toute la partie malade de l'épiploon. »

Un mois après, le malade accuse une amélioration considérable, surtout au point de vue stomacal : disparition des douleurs. Deux ans après, l'état satisfaisant s'est maintenu : la faim douloureuse a complètement disparu, la sensation de lourdeur stomacale est rare et transitoire, et le malade déclare qu'il se considère comme guéri.

OBSERVATION XL

Séquelles d'appendicectomie. — Première intervention : appendicectomie et cœco-plicature. — Apparition ultérieure de dyspepsie hypersthénique. — Deuxième intervention montre l'existence d'une périviscérite du carrefour sous-hépatique (péricholécystite). — Libération d'adhérences. — Résultat fonctionnel peu favorable.

M. C..., 27 ans.

Entre le 29 février 1920 dans le service du Dr Enriquez.

Le début des troubles remonte à 1913 : crise de douleurs violentes de la fosse iliaque droite, avec constipation ; ni nausées, ni vomissements ; nouvelle crise analogue six mois après. En 1916, après une longue période d'accalmie, la douleur iliaque reparait, avec nausées, ballonnement, constipation avec débâcles. Amaigrissement de 5 à 6 kilogrammes. Le Dr Pauchet, en 1919, conseille l'appendicectomie.

Quatrième crise en 1920 à la suite de laquelle le malade entre en observation à la Pitié. On constate un ventre souple, sans hyperesthésie superficielle, ni défense. Douleur nette à la pression au point de Mac Burney.

Foie normal. Pas de douleur cystique.

Selles normales, régulières.

L'examen radioscopique montre un cæcum dilaté, avec douleur localisée à l'angle iléo-cæcal.

On diagnostique une *appendicite chronique avec dilatation cæcale*.

Intervention le 19 avril 1920 (professeur Gosset).

« Incision de Mac Burney élargie. On amène au dehors l'anse iléo-cæcale. L'appendice est un peu scléreux dans toute sa partie inférieure, le méso est large, avec dilatation du cæcum dans sa partie externe, et adhérences de l'iléon. Appendicectomie. Une partie du fond du cæcum est ensuite supprimée par cœco-plicature. Quant à l'iléon, il n'est pas fixé positivement, mais seulement amarré court près du cæcum. Terminaison de l'iléon normale. »

Le malade entre à nouveau dans le service du Dr Enriquez le 19 janvier 1923. Depuis l'intervention, M. C... a continué à

souffrir de la fosse iliaque droite, avec alternatives de diarrhée et de constipation. Mais de plus il est apparu un syndrome de *dyspepsie hypersthénique* qui est particulièrement net durant les périodes de constipation. Lors des crises, douleurs épigastriques tardives survenant quatre à cinq heures après les repas ; toutes les nuits paroxysme douloureux réveillant le malade qui calme la gastralgie par l'ingestion d'aliments solides. La douleur spontanée a son maximum à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et ne présente pas d'irradiations. Elle dure en moyenne une demi-heure à une heure. Durant le jour, les douleurs spontanées sont moins vives, elles s'accompagnent d'une sensation de ballonnement, et s'atténuent par l'habitude des petits repas fractionnés. Pas de vomissements, ni d'hémorragies.

L'examen montre une douleur vive entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, et aussi une douleur de la fosse iliaque droite partant de la cicatrice et irradiant vers le creux épigastrique. Cicatrice non chéloïdienne.

Amaigrissement d'une dizaine de kilos depuis l'apparition du syndrome gastrique.

Forme leucocytaire : 10.400 globules blancs dont 86 o/o de polynucléaires.

Radioscopie. — Montre un certain degré de stase iléale, estomac normal peu mobile, cæcum fixé.

Radiographies en série. — Déformation de l'origine du bulbe, constante sur tous les clichés : la petite courbure du bulbe est déformée et paraît attirée vers la ligne médiane.

On pose le diagnostic de *brides, adhérences, périviscérite*.

Le traitement médical, repos, régime, belladone, amène pendant les cinq premières semaines une légère sédation des douleurs, et une augmentation de poids de 4 kilogrammes ; puis l'état reste stationnaire, et ne permet pas au malade d'envisager une reprise de la vie active qu'il désire mener. Dans ces conditions on propose la libération chirurgicale des adhérences, avec vérification de l'état anatomique du bulbe duodénal.

Deuxième intervention le 13 avril 1923 (professeur Gosset).

« Incision médiane sus-ombilicale. On ne trouve pas d'ulcère gastrique, ni duodénal. Mais il y a une péricholécyste très marquée. La vésicule gonflée, mais sans calculs, adhère au duodénum. Libération des adhérences. »

Le 4 mai 1923, le malade revient à la Pitié. Il persiste une douleur épigastrique survenant tard dans la nuit, vers le matin, et calmée par le petit déjeuner. Les douleurs de la journée ont disparu. La constipation reste opiniâtre avec douleurs à caractère de coliques, s'exagérant après les repas ; le malade va très difficilement à la selle même avec usage de laxatifs. On soumet successivement le malade à un traitement par la diathermie durant un mois et demi, puis par les injections d'atropine. Pas d'amélioration fonctionnelle : la dyspepsie hypersthénique reparait. Le poids continue à baisser (chute de poids de 7 kgr. de février à fin juin).

OBSERVATION XLI

Dyspepsie hypersthénique, avec douleur de la fosse iliaque droite ; ictère ancien. — L'appendicectomie ne fait disparaître que la douleur iliaque ; persistance de la dyspepsie. — Deuxième intervention : cholécystectomie. — Pas d'effet immédiat ; amélioration tardive.

Mme J..., 34 ans.

Entrée dans le service du Dr Enriquez le 11 juillet 1922, pour des troubles dyspeptiques datant de six ans.

Le début des accidents a été marqué par un ictère par rétention, d'une durée de trois semaines environ ; à ce moment vomissements, quelques douleurs dans l'hypocondre droit et dans le creux épigastrique.

Depuis lors, s'est installée une *dyspepsie hypersthénique* qui a évolué d'une façon continue et progressive, sans périodes d'accalmie. Les douleurs sont constantes, et subissent tout d'abord un paroxysme après le repas, puis un paroxysme à type tardif qui se prolonge jusqu'au repas suivant. Elles ont le caractère de brûlure, ou de lourdeur ; elles siègent à l'épigastre, un peu à droite de la ligne médiane, avec irradiation à la partie inférieure de la colonne dorsale. La malade accuse également un point douloureux spontané de la fosse iliaque droite. Fréquemment sensations de faim douloureuse, deux à trois heures après les repas ; les douleurs sont momentanément calmées par l'ingestion d'aliments.

Parfois état nauséux. Jamais de vomissements. Pas d'hémorragies du tube digestif. Constipation opiniâtre.

Evolution progressive des troubles avec amaigrissement assez marqué. Echec des traitements médicaux.

La malade a subi en mai 1922 l'*appendicectomie* qui a amené la disparition des douleurs de la fosse iliaque droite, mais n'a pas modifié la gastralgie.

L'examen en août 1922 montre une paroi souple, des points douloureux à l'épigastre, sous le rebord costal gauche, et surtout dans la région du carrefour.

Intervention le 28 août 1922 (Dr Desplas).

« Incision transversale. La cicatrice de l'appendicectomie se présente bien. L'épiploon est libre. L'estomac est un peu dilaté et abaissé, le pylore normal. Duodénum un peu dilaté dans sa première et sa deuxième portion. Vésicule de coloration normale, mais à paroi plus épaisse que normalement; il existe deux bandes latérales scléro-lipomateuses. On ponctionne la vésicule qui contient de la bile noire et du mucus. *Cholécystectomie* rétrograde. Drain. »

Pas d'effet net de l'intervention. Malgré régime et traitement médical, persistance des douleurs; deux crises violentes avec vomissements bilieux et subictère, dans les mois qui ont suivi. Au bout d'un an et demi, amélioration graduelle. Vue en avril 1924. Conserve quelques troubles dyspeptiques: malaises immédiatement après les repas; un malaise tardif dans l'après midi. Constipation opiniâtre. Le lait et les œufs sont mal tolérés. Rien d'anormal à l'examen abdominal, sinon une légère douleur de la région de Mac Burney et de l'épigastre.

OBSERVATION XLII

Séquelles d'appendicectomie. Apparition de dyspepsie hypersthénique au bout de trois ans. Ulcère duodénal avec péri-duodénite, vérifié à l'intervention.

M. M..., 23 ans.

Antécédents. — Ictère avec fièvre vers l'âge de 8 ans.

Première crise d'appendicite en 1914; deuxième en 1916; troisième crise en 1917 traitée pendant trois semaines par

glace sur le ventre; puis appendicectomie. Suites opératoires bonnes. Santé normale pendant trois ans.

Fin 1920, apparition de douleurs épigastriques violentes survenant immédiatement après les repas, souvent soulagées par des vomissements. Pas de fièvre. Evolution par crises avec aggravation progressive; la plus longue période d'accalmie n'excède pas un mois.

Chancre spécifique en 1922. Traitement suivi à l'hôpital Saint-Louis. Actuellement Wassermann négatif.

Le malade nous est adressé fin 1923, par le Dr Paul Lévy. La dyspepsie est de type hypersthénique typique. Au réveil pas de douleur. Le petit déjeuner est suivi d'une sensation de lourdeur stomacale, puis faim douloureuse à l'heure du déjeuner. Le malade restreint volontairement son alimentation pour atténuer les souffrances ultérieures. Dès la fin du repas, pesanteur, légère oppression, tachycardie, bouffées de chaleur. La véritable douleur apparaît de trois à cinq heures après le repas, crampe ou sensation de tiraillement siégeant au niveau du rebord costal droit sans irradiation. La douleur augmente jusqu'à l'apparition d'un vomissement qui la soulage; sinon elle ne se calme qu'avec l'ingestion des aliments, au repas du soir. Même cycle après le dîner: lourdeur, puis sommeil. La douleur réveille le malade vers une heure du matin, durant une ou deux heures; elle est calmée fréquemment par vomissement, sinon s'apaise lentement.

Quelquefois renvois acides. En dehors de l'alimentation, les alcalins et le bismuth ont un effet sédatif léger, la belladone est plus efficace. Aggravation des douleurs par le vin, les crudités, les épices.

Jamais d'hématémèse. Réaction de Weber positive une fois sur 6 examens en novembre 1923.

Constipation habituelle. Amaigrissement de 10 kilogrammes en deux ans.

Examen de l'abdomen: cicatrice non chéloïdienne, non adhérente. Cæcum spasmé et douloureux à la pression profonde. Pas de défense musculaire de la fosse iliaque. Points douloureux spontanés au niveau de l'appendice xiphoïde et du rebord costal droit, près de la ligne médiane. Douleur de la région cæcale dans les périodes de constipation.

Points douloureux provoqués: région épigastrique, surtout

dans sa partie droite. Point parombilical très net à mi-distance entre l'ombilic et le point de Mac Burney.

Réflexes cutanés abdominaux : normaux et égaux.

Rien à signaler aux autres appareils.

Réflexe oculocardiaque : 20, 18.

Formule leucocytaire : 9.800 globules blancs dont 72 0/0 de polynucléaires.

Radioscopie. — Transit normal. Estomac de forme normale. Syndrome de Barklay, hyperkinésie, hypersécrétion, évacuation rapide. Duodénum : bulbe mal visible. Ascension du cæcum de 4 centimètres en position couchée.

Radiographies en série. — Aspect du bulbe en étoile avec trajet sinueux traduisant une sténose, avec diverticule présténosant et encoches (fig. 13).

On conclut à l'existence d'un ulcère duodénal avec péri-duodénite.

Le régime alimentaire, combiné à une série d'injections d'atropine calme les phénomènes douloureux, et permet une reprise de poids de 4 kilogrammes. Les douleurs reparaissent après cessation de l'atropine.

Intervention le 28 février 1924 par le professeur Gosset.

Diagnostic opératoire : ulcus duodénal sténosant.

« Laparotomie médiane sus-ombilicale. On voit sur la première portion du duodénum un gros ulcère sténosant avec une péri-duodénite très intense, adhérences postérieures. Une résection devrait être faite circulairement sur le duodénum. Dans ces conditions on préfère pratiquer une simple gastro-entérostomie postérieure antipéristaltique. Muqueuse gastrique très rouge. Pas d'épiploïte. »

Revu deux mois après, le malade déclare n'avoir plus souffert depuis l'intervention ; reprise de poids.

OBSERVATION XLIII

Séquelles d'appendicectomie. — *Dyspepsie hypersthénique apparue au bout d'un an, avec aggravation progressive.* — *Ulcère duodénal diagnostiqué sur les radiographies en série.* — *Epiploïte probable.*

M. V..., 27 ans.

Antécédents. — Première crise d'appendicite aiguë à l'âge

de 12 ans (vomissements, fièvre, douleurs abdominales violentes ; durée 8 jours). Présente ensuite une série de crises analogues, entre lesquelles il n'existe aucun trouble apparent de la digestion stomacale ; alternatives de diarrhée et de constipation.

Angines fréquentes. Jamais d'ictère. Pas de syphilis.

En octobre 1919, opéré d'urgence à l'occasion de la cinquième crise : on aurait trouvé un abcès dans la paroi appendiculaire, avec perforation de l'extrémité de l'appendice. Drainage durant quelques jours. Suites opératoires bonnes. Le poids passe de 55 à 60 kilogrammes en un an ; pendant ce temps, aucun trouble gastro-intestinal ; le malade se considère comme guéri.

Fin 1920, apparition de dyspepsie hypersthénique. Douleurs immédiatement après les repas, s'atténuant, puis paroxysme tardif au bout de trois heures, durant une heure ou deux. La douleur a le caractère d'une brûlure, siège au creux épigastrique, sans irradiation autour de la cicatrice, ou se généralise à tout l'abdomen. La douleur est calmée par les aliments : appétit conservé, quelquefois faim douloureuse. Elle est également calmée par les alcalins. Quelques renvois acides. Pas de vomissement. Parfois état nauséux. Flatulences, céphalées, torpeur au moment des digestions. Pas d'hémorragie du tube digestif. Constipation habituelle. Evolution par crises de quinze jours séparées par deux ou trois mois d'accalmie.

Depuis février 1923, les douleurs se produisent tous les jours, de plus en plus violemment, irradiant au flanc droit, avec paroxysme très tardif de 4 heures à 7 heures du matin.

Vient consulter le Dr Enriquez en février 1924.

Examen. — Langue humide. Léger amaigrissement (58 kgr.)

Cicatrice légèrement et partiellement adhérente, non chéloïdienne.

Zone douloureuse étendue de la cicatrice au rebord costal droit (point du carrefour) ; point paraombilical, et sous-ombilical, la douleur empiète à ce niveau sur la région gauche de l'abdomen.

Foie normal. Rate légèrement hypertrophiée (percutable sur 3 travers de doigt).

Pas de fièvre, la température ne dépasse pas 37°5.

Radioscopie. — Transit normal. Estomac tonique, non déformé, bonne évacuation. Cæcum en situation basse, fixée; sensibilité de la région cæco-appendiculaire, périombilicale, et de l'épigastre (carrefour sous-hépatique). La bulbe duodénal « paraît » normal.

Radiographies en série. — Montrent très nettement une image en queue d'aronde de la petite courbure du bulbe (fig. 12).

Numération leucocytaire; 12.600 globules blancs, dont 38 o/o de mononucléaires.

Dans ces conditions, on peut, devant la netteté de la déformation duodénale poser le diagnostic d'ulcus duodénal. La diffusion des douleurs, la leucocytose, l'hypertrophie de la rate sont en faveur d'une épiploïte possible.

Pas d'amélioration par les différents traitements médicaux: les douleurs ne sont que temporairement calmées par les alcalins. Une série d'injections d'atropine est sans effet sur les douleurs, mais supprime la constipation. Le malade n'acceptant pas d'emblée l'idée d'une intervention chirurgicale, on le soumet à la diathermie: à partir de la dixième séance, légère sédation des douleurs, suppression des renvois acides.

OBSERVATION XLIV

Séquelles d'appendicectomie, à type de dyspésie atonique
Etat subfébrile, leucocytose. — Epiploïte probable

Mlle G..., 19 ans.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à 3 ans. A 5 ans, abcès froid thoracique. Entérite muco-membraneuse dans les années suivantes. Angines fréquentes.

A 10 ans, appendicectomie, pour appendicite chronique, pratiquée sur les conseils du D^r Enriquez. La malade est très améliorée par l'intervention. N'a plus eu de douleurs, ni de troubles digestifs sauf à l'occasion des écarts de régime (continuait à suivre le régime des dyspeptiques).

A 18 ans, troubles s'accroissant progressivement. Légère fièvre vespérale (37°,5 à 38°). Langue toujours saburrale. Douleurs abdominales apparaissant à l'occasion de la fatigue.

La malade ne peut alors se redresser, elle est obligée de se courber ou de s'asseoir. Les douleurs siègent tantôt à droite, tantôt à gauche de l'ombilic et empêchent toute occupation active.

De plus, troubles digestifs survenant par crises durant douze à quinze jours. Perte d'appétit ; sensation de ballonnement et de distension gastrique dès le début du repas ; à la fin du repas, douleur épigastrique très violente, durant une demi-heure, irradiant parfois dans le dos. Ni état nauséux ni vomissements, quelquefois renvois acides.

L'apparition des crises n'est pas influencée par les règles.

Selles normales. L'ingestion des graisses provoque parfois de la diarrhée prandiale.

Lassitude permanente, état subfébrile habituel.

Examen. — Rien d'anormal à l'examen des poumons.

Cicatrice légèrement chéloïdienne, adhère au plan profond, avec douleur au pincement.

Points douloureux provoqués : point de Mac Burney, point parombilical, point ombilical.

Foie, rate : normaux.

Formule leucocytaire : 14.400 globules blancs dont 87 o/o de polynucléaires.

Radioscopie. — Estomac hypotonique, légèrement ptosé, faible couche de liquide à jeun. Contractions profondes. Bulbe duodénal à contours nets, à angle supérieur très aigu (en rapport avec la ptose stomacale). Ptose colique.

En position couchée, pas d'ascension caecale. Douleur localisée en dedans du bord interne du caeco-ascendant.

L'existence de troubles gastriques avec fixité du cæcum, douleur périombilicale, état subfébrile, polynucléose, plaide en faveur de l'existence d'une épiploïte. On essaie le traitement par la diathermie, sans résultats. Le port d'une ceinture, le régime et la belladone amènent une sédation des phénomènes douloureux avec reprise de poids.

OBSERVATION XLV

Séquelles d'appendicectomie. — Syndrome pseudo-ulcéreux apparu quatre ans après une appendicectomie à chaud

Mme A..., 40 ans.

Antécédents. — En 1904, ablation d'un kyste (?) du sein

survenu après un traumatisme. Amputation du sein droit en 1912, du sein gauche en 1913 pour sarcome (?). Récidive au niveau du sein gauche en 1922, réopérée. Suites opératoires bonnes.

Début des troubles abdominaux en 1912 : constipation et douleur de la fosse iliaque droite, qualifiée appendicite chronique. Crise aiguë en 1913, nécessitant une intervention à chaud, au cours de laquelle le chirurgien aurait trouvé un appendice gangrené. Pas de complications locales post-opératoires. La malade conserve après l'appendicéctomie une constipation opiniâtre (selles tous les 8 au 10 jours en l'absence de traitement).

Ce n'est qu'en 1917 qu'apparaît le syndrome gastralgique et depuis lors, la malade a été traitée pour ulcère de l'estomac, restant pendant des mois entiers au régime lacté intestinal, avec pansements bismuthés. Mais l'état reste stationnaire.

Elle vient consulter le Dr Enriquez en janvier 1924.

Les troubles dyspeptiques se rapprochent du syndrome hypersthénique, le paroxysme tardif n'étant qu'ébauché. Le matin, la malade s'éveille dans un état normal ; l'ingestion du petit déjeuner occasionne immédiatement des douleurs violentes au creux épigastrique avec sensations de bouffées de chaleur. Irradiation dorsale « en broche », pas d'irradiation abdominale. La crise dure toute la matinée. Au déjeuner, appétit modéré : l'alimentation, surtout solide, calme la douleur. Celle-ci reparait d'une façon inconstante après le déjeuner : la malade s'allonge, obtient une sédation momentanée par l'usage de la craie préparée, ou du kaôlin, ou l'application locale d'un fer chaud. Même cycle après le dîner, avec douleurs moindres, en raison du régime alimentaire très frugal le soir : s'il existe des douleurs, la position couchée les atténue ; pas de paroxysme douloureux nocturne.

Pas d'état nauséux. Jamais de vomissements. Pas d'hémorragie du tube digestif. Constipation persistante : l'emploi des laxatifs provoque des selles muco-membraneuses. Pas de fièvre. Pas d'amaigrissement notable.

Examen. — Cicatrice non chéloïdienne, adhérente au plan musculaire. Ventre souple. Douleur provoquée à la palpation de la région interne de la cicatrice, point parombilical, zone de sensibilité rejoignant de là le point douloureux solaire.

Foie normal. Pas de douleur cystique. Jamais de colique hépatique ni d'ictère.

Rate légèrement hypertrophiée, nettement perceptible sur une hauteur de 3 travers de doigt.

Urines: ni sucre, ni albumine, ni urobiline.

Réflexes tendineux normaux.

Radioscopie. — Rien d'anormal: estomac tonique, légèrement abaissé, sans déformation des contours. Aérogastrie sous pression. Evacuation normale. Rien à signaler au niveau du gros intestin.

Radiographies en série. — Bulbe duodéal à contours nets, se remplissant bien, avec léger spasme au niveau de la petite courbure.

Numération leucocytaire: 11.700 globules blancs dont 71 0/0 de polynucléaires, 3 éosinophiles, 24 mononucléaires et lymphocytes, 2 myélocytes.

Il n'existe dans cet examen aucun signe permettant d'incriminer une lésion ulcéreuse, ou une lésion organique du carrefour. Peut-être existe-t-il un peu d'épiploïte. En l'absence d'indication chirurgicale précise, la malade est mise à un traitement médical: au régime lacté on substitue le régime des dyspeptiques (pâtes, légumes, viandes grillées, etc.) et on alterne les antispasmodiques par périodes de dix jours (belladone, bromure de camphre, bromure de sodium, etc.). Amélioration nette se maintenant durant deux mois. Puis nouvelle crise douloureuse. Le bromure de camphre primitivement efficace reste sans effet. On essaie actuellement un traitement par l'atropine.

OBSERVATION XLVI

Dyspepsie hypersthénique, sous la dépendance d'une appendicite chronique avec adhérences. Pas d'amélioration par l'appendicectomie. Hématémèse ne paraissant pas attribuable à un ulcère.

M. S. 21 ans.

Les troubles digestifs remontent à la fin de la première enfance; fréquemment crises de vomissements à l'occasion des écarts de régime, bonne santé dans l'intervalle.

Hérédité arthritique, avec nombreux accidents de la série

arthritique : migraine, eczéma, rhume des foins, asthme, une crise de goutte à 20 ans. Très souvent dépôts uratiques dans les urines, et crises à type néphrétique avec douleurs lombaires, et oligurie, et suivies de débâcles d'urines claires.

Jusqu'en 1920, de temps à autre, la nuit, état nauséux suivi de vomissements, avec fatigue générale. La crise dure un jour ou deux, et survient environ une fois par mois. Les crises étaient rapportées à une lithiase rénale. En 1920, on porte le diagnostic d'appendicite chronique et on pratique l'*appendicectomie* : intervention longue et pénible en raison de nombreuses adhérences; appendice très long et malade. L'intervention n'amène aucun changement dans l'état du malade, aucune amélioration, même transitoire.

Actuellement dyspepsie à type hypersthénique, avec crises intermittentes de vomissements. Vers la fin de la matinée sialorrhée, sensation de distension avec nombreux borborrygmes soulagée par des renvois gazeux. Au déjeuner, très souvent appétit considérable. Après le déjeuner, quelquefois torpeur, somnolence, sans douleur. Sensation anormale de faim vers 4 heures. Pas de douleur après le dîner; sensation de faim à minuit. Le malade est ainsi au régime des repas fractionnés, pour éviter la faim douloureuse : de jour il fait plusieurs repas, quand il se réveille la nuit il mange du sucre et du pain. Fonctions intestinales habituellement normales; parfois constipation avec débâcles.

Les crises de vomissements se répètent environ tous les mois. La dernière en mars 1924 a été marquée par une *hématémèse* suivie le lendemain de diarrhée avec melaena.

Le malade, examiné à cette occasion, ne présente aucune douleur spontanée. Cicatrice non chéloïdienne, non adhérente. Points douloureux provoqués : toute la région para-ombilicale, entre la cicatrice et l'ombilic, et un peu à gauche de la ligne médiane. Etagement de points douloureux de la cicatrice jusqu'au carrefour sous-hépatique.

Pas d'hypertrophie de la rate. Formule leucocytaire normale.

Radioscopie. — Estomac légèrement hypotonique, avec dilatation de l'autre prépylorique. Hyperkinésie. Bulbe duodénal paraît normal. Pas de douleur à la pression de l'image gastrique. Douleur solaire.

En position couchée, légère ascension du cæcum ; points

douloureux le long du bord interne du cæco-ascendant jusqu'à l'épigastre. Le point douloureux maximum se projette dans l'angle séparant le transverse du cæco-ascendant.

Radiographies en série. — Gros bulbe duodénal à contours réguliers, se remplissant bien.

Ces examens ne permettent pas d'incriminer un ulcère de l'estomac ou du duodénum. Les troubles dyspeptiques hypersthéniques paraissent être sous la dépendance de l'épiploïte, ou des adhérences autrefois constatées, existant depuis de longues années. Leur cure chirurgicale étant aléatoire, on va soumettre le malade à un traitement médical très prolongé.

OBSERVATION XLVII

Appendicite chronique avec dyspepsie hypersthénique. Pas de modifications par l'appendicectomie simple. Possibilité de cholécystite.

Mlle M..., 23 ans.

Antécédents. — A 10 ans ictère à type catarrhal.

Début des troubles stomacaux en 1916 ; gastralgie à caractère de crampes ; pas de vomissements ; douleurs abdominales avec point appendiculaire déjà constaté à cette époque. On ne juge pas l'intervention utile. Amélioration temporaire par le régime alimentaire.

De 1917 à 1923 la malade accuse surtout des douleurs térébrantes survenant la matin à jeun et calmées par l'alimentation. Evolution par crises d'un mois séparées par des accalmies de deux ou trois mois. Les douleurs devenant continues, l'amaigrissement s'accroissant (poids 48 kgs.), la malade consulte M. Enriquez en mai 1923. Il conclut à une appendicite chronique, et l'*appendicectomie* est pratiquée en juin par M. Labey : « appendice très long, rempli de calculs, lésions nettes de folliculite hémorragique. Aucune adhérence, pas d'épiploïte. La vésicule n'a pas été explorée. » Suites opératoires bonnes.

La malade est améliorée durant quelque temps, le poids remonte (53 kgs.), mais la sédation des douleurs n'a été que très passagère, et elles reprennent le même caractère. Le matin la malade est réveillée vers 5, 6 ou 7 heures par

une sensation de douleur tétrebrante de la région épigastrique, qui va en s'amplifiant. Tout l'épigastre est douloureux à la pression et la malade désigne le *point cystique* comme siège maximum de la douleur, tandis que le point symétrique gauche est indolore. La douleur irradie à la région dorsale médiane (VI^e à XII^e dorsale) et le long de l'œsophage. Pas d'irradiation abdominale. C'est une sensation de torsion, ou de crampe, obligeant la malade à se courber en avant; la douleur atteint son maximum en dix minutes, se calme, puis reprend, durant une demi-heure ou trois quarts d'heure; elle s'accompagne de sialorrhée.

Le petit déjeuner calme la gastralgie presque instantanément; elle se prolonge au contraire si la malade tarde à manger.

Vers 11 heures, faim douloureuse que la malade calme momentanément en mangeant un peu. Pas de douleurs après le déjeuner.

La malade évite, en goûtant, la crise douloureuse qui, en l'absence de goûter survient à 5 heures. Appétit normal au dîner. La nuit le paroxysme est très tardif puisqu'il n'apparaît pas avant 4 ou 5 heures du matin: il est parfois atténué par l'ingestion d'une tasse de lait prise la nuit. Le cycle ainsi décrit se répète environ cinq jours sur sept.

Pas d'état nauséeux. La malade n'a eu que trois ou quatre vomissements dans tout le cours de sa maladie; ils coïncidaient avec des poussées douloureuses de la fosse iliaque droite. Jamais de renvois acides, ni d'éruclations. Pas d'intolérance élective pour certains aliments. Pas d'hémorragies du tube digestif. Selles normales et régulières, sans phases de décoloration.

Rien d'anormal aux différents appareils.

Règles douloureuses à leur apparition, la gastralgie n'est pas influencée par les périodes menstruelles.

Parfois léger état subfébrile vespéral; 37°5 à 37°8.

Amairissement de 4 kilos. Poids 49 kilos.

Langue rouge et humide. Pas de subictère.

L'examen abdominal montre une douleur provoquée à la partie interne de la cicatrice, qui est souple, d'aspect normal. Point parombilical. Sensibilité épigastrique. Douleur maxima au point cystique, retrouvée à plusieurs examens; la pression éveille une irradiation dorsale.

Foie, rate, normaux. Rein droit perceptible, légèrement mobile.

Radioscopie. — Estomac de type hypotonique entièrement à gauche de la ligne médiane, ptosé, descendant à 10 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. Légère quantité de liquide à jeun Hyperkinésie. Duodénum paraît normal. Cæcum fixé. Douleur localisée à la partie interne du cæco-ascendant, au plexus solaire et à la région cystique.

Radiographies en série. — Gros bulbe, à contours nets, se remplissant bien.

Formule leucocytaire 5400 leucocytes dont 69 o/o de polynucléaires.

On ne trouve chez la malade aucun signe positif d'ulcère, aucune déformation indiquant l'existence de périviscérite du carrefour. La douleur localisée au point cystique, jointe à l'antécédent ictérique ancien, à l'état subfébrile, permet de songer à l'existence possible d'une cholécystite.

La thérapeutique est, jusqu'à présent, exclusivement médicale. La belladone et le bismuth n'ont pas amené d'atténuation. Le kaolin combiné à la gélatine amende légèrement les douleurs. La craie préparée a une action efficace, de courte durée. Les bromures ont un effet inconstant. La solution alcaline est plus active. L'emploi de l'uroformine, considéré comme très favorable par la malade, a dû être interrompu en raison de troubles vésicaux. Le port d'une ceinture contribue également à l'amélioration obtenue.

OBSERVATION XLVIII

Epiploïte descendante consécutive à une péricholécystite sans appendicite

Dr K..., 50 ans.

Troubles dyspeptiques surtout depuis 1915. Crises de dyspepsie hypersthénique intermittentes, avec douleurs stomacales à caractères de crampes, irradiant dans les hypochondres, surtout à droite, survenant deux à trois heures après les repas, et s'accompagnant de renvois acides. Dans l'intervalle des crises, M. K. ressent une gêne douloureuse

de l'hypocondre droit, avec simple pesanteur stomacale. De temps à autre, poussées de subictère, avec fièvre, frissons, augmentation de volume du foie, débâcles biliaires. Le malade a subi plusieurs traitements en France, et à l'étranger (Carlsbad), pour ces accidents qui relèvent d'une cholécystite, avec péricholécystite. *Jamais il n'a été constaté de douleur appendiculaire.* Effet favorable des cholagogues, de l'urotropine, ainsi que du carbonate de bismuth.

En octobre 1922, le malade se fait opérer pour une hernie inguinale droite devenue un peu douloureuse; on trouve, dans le sac, de l'épiploon et de l'intestin.

Depuis ce moment les douleurs sont plus diffuses: on constate à l'examen les mêmes signes que dans l'épiploïte post-appendiculaire, mais les points douloureux se sont étendus de haut en bas. Partant du carrefour sous-hépatique et de la région vésiculaire toujours très douloureuse, on trouve une douleur descendant à droite de l'ombilic (point parombilical) et gagnant l'extrémité supérieure et la partie interne de la cicatrice inguinale. Résistance musculaire dans toute cette zone, et sensation de corde. La cicatrice est légèrement adhérente, non chéloïdienne,

Pas d'hypertrophie du foie. Urobilinurie.

Hypertrophie de la rate, et mononucléose (43 o/o) sans augmentation du nombre total des leucocytes.

Amalgissement très marqué. Pas de fièvre.

OBSERVATION XLIX

Appendicite chronique avec dyspepsie hypersthénique.

Mme D..., 26 ans. Entrée dans le service du Dr Enriquez en mars 1924.

Bien portante jusqu'en 1914. Pas d'ictère, pas de typhoïde. Angines fréquentes. Opérée de végétations adénoïdes. En 1914 accouchement d'un enfant à terme, puis infection puerpérale durant trois mois.

Début des troubles gastriques en 1916: douleurs épigastriques intermittentes, avec diarrhée, sans vomissements.

En 1920, on fait le diagnostic de salpingite et d'hyper-

chlorhydrie : la gastralgie est momentanément calmée par la belladone, et les poudres alcalines ; les bromures ne produisent aucune sédation. Evolution par crises, séparées par des accalmies.

Aggravation depuis octobre 1923. On fait à ce moment le diagnostic d'ulcère pylorique, et on propose à la malade une intervention dans cette hypothèse. La malade reste au régime lacté intégral durant les mois de janvier et février 1924.

Elle vint consulter en mars à la Pitié, où on la prend en observation.

Les douleurs sont quotidiennes. Le matin au réveil, sensation de tiraillement désagréable, avec boule rétrosternale : l'alimentation calme tout de suite la sensation. La matinée se passe sans incidents. Appétit irrégulier au repas de midi : tantôt anorexie, tantôt faim douloureuse. Pas de douleur immédiatement après le repas ; mais vers 4 heures, tiraillements douloureux, calmés par le goûter ; si la malade ne goûte pas, violente crise gastralgique. Rien d'anormal au dîner. Vers 10 heures du soir petit repas (chocolat et pain) pour éviter le paroxysme tardif. Un sixième repas est pris régulièrement vers 2 heures du matin, sinon il survient une crise douloureuse épigastrique à caractère de brûlures avec irradiations lombaires ou dorsales. La malade se courbe en avant pour moins souffrir ; elle soulage sa douleur par des compresses chaudes ou en se couchant à plat ventre.

Pas d'état nauséux, ni de vomissements. Eructations gazeuses au moment des crises. Pas d'hématémèses, ni de melaena.

Constipation habituelle. Pas de selles mucéo-membraneuses.

Pas de fièvre.

A l'examen de l'abdomen, on trouve un point douloureux épigastrique, une douleur du carrefour avec légère défense musculaire, et un point douloureux très net dans la région de Mac Burney.

Pas de point salpingien.

Foie et rate normaux.

Au toucher on trouve une rétroversion douloureuse, qui se corrige au bout de quelques jours. Culs-de-sac libres.

Système nerveux : hyperreflectivité généralisée. La ponction lombaire montre l'existence d'une hyperalbuminose (0 gr. 56), réaction de Wassermann : négative.

Formule leucocytaire : 13.800 globules blancs : Polynucléaires 69 0/0, mononucléaires 23, lymphocytes 3, éosinophiles 5 0/0 (la malade a été traitée pour ascaridiose il y a quelques mois).

Radioscopie (fig. 8,9,10). — Estomac oblique, hypertonique, en corne. La région pylorique paraît fixée; son image se dissocie mal de l'angle colique droit. Evacuation rapide. En position debout, douleur caeciaque, et douleur de la région pylorique. Gros cæcum.

En position couchée, pas d'ascension du fond du cæcum. L'angle colique droit, attiré en haut et en dedans, paraît fixé au niveau de la région du carrefour. Douleur étagée de la région cæco-appendiculaire à la région du carrefour, où il existe un point douloureux maximum.

L'image en décubitus ventral confirme les connexions entre le pylore et l'angle colique.

Radiographies en série. — Le bulbe duodénal a des contours flous et irréguliers. Cet aspect disparaît après une série d'injections d'atropine.

Le traitement atropinique diminue passagèrement les douleurs abdominales : il persiste deux centres nets de douleurs : carrefour, et point de Mac Burney.

On conclut à une appendicite chronique avec syndrome duodénal, pour lequel on demande la vérification du carrefour.

Avant l'intervention la malade présente une crise appendiculaire subaiguë, avec vomissements et fièvre légère.

L'intervention projetée chez cette malade a dû être remise à plus tard en raison d'une affection intercurrente.

OBSERVATION L

Appendicite chronique avec syndrome pylorique, et hématurie.

Mlle H..., 29 ans. Entrée en mai 1924 dans le service du Dr Enriquez.

Depuis dix ans environ, se plaint de brûlures au creux

épigastrique d'apparition tardive (3 h. 1/2 ou 4 heures après les repas). Evolution par crises intermittentes. En 1922 elle aurait eu du melaena (?) au cours d'une crise ayant duré trois mois, et calmée par la belladone, les alcalins, le bismuth. En 1923, fausse couche suivie de phlébite double.

En novembre 1923 *crise d'appendicite* avec douleurs, nausées, défense de la paroi. La gastralgie s'exagère ensuite, avec douleur périombilicale, et douleur sous le rebord costal droit.

En février 1924, *hématémèse* abondante avec sang rouge et caillots, suivie de meleana. Trois semaines auparavant la malade avait déjà eu des selles noires au cours d'une crise particulièrement douloureuse.

Actuellement, au réveil, état nauséux, douleur épigastrique prédominant à droite, calmée par le petit déjeuner. Appétit conservé. Crise douloureuse tardive l'après-midi et la nuit: irradiations abdominales, et parfois dorsales. Rares vomissements alimentaires, au moment des paroxysmes très violents. Quelques renvois acides. Constipation. L'examen montre une douleur épigastrique, un point douloureux du carrefour, et une douleur nette au point de Mac Burney.

Léger état subfébrile.

Radioscopie. — Estomac d'aspect légèrement hypotonique, avec dilatation de l'autre prépylorique. Liquide à jeun. Hyperkinésie avec contractions nombreuses et profondes, sans évacuation. Le bulbe duodénal se remplit par manœuvre d'expression: il paraît normal. Douleur solaire. Vive douleur de la région pylorique. En décubitus dorsal on constate de plus une douleur cæco-appendiculaire qui accompagne les déplacements de l'organe. Pas de fixité du cæcum.

Radiographies en série. — Aspect normal du bulbe duodénal.

Rien d'anormal aux différents appareils. La malade a été traitée autrefois pour tuberculose pulmonaire, mais ne paraît présenter aucun signe évolutif actuel.

On conclut à une appendicite chronique avec syndrome pylorique pour lequel on demande l'exploration de l'estomac.

L'intervention a dû être différée par suite de complications pulmonaires.

CONCLUSIONS

Il existe une forme d'appendicite chronique se traduisant avant tout par un syndrome gastrique (dyspepsie hypersthénique ou atonique), accompagnant des signes iliaques plus ou moins effacés.

La preuve de son existence est fournie par ce fait que le syndrome gastrique, souvent rebelle au traitement médical, peut, dans la majorité des cas, guérir ou être grandement amélioré par l'appendicectomie.

Il existe une proportion assez notable de résultats insuffisants ou d'échecs, que la clinique seule ne permet pas de prévoir. Bien plus, on peut voir secondairement apparaître un syndrome gastrique chez des appendicectomisés n'ayant eu auparavant que des troubles dyspeptiques très légers.

Les échecs tiennent, dans un certain nombre de cas, à l'existence de lésions de péri-appendicite (épiploïte ascendante, périviscérite), ou même d'ulcus ou de cholécystites, qui continuent leur évolution après l'appendicectomie. D'autres demeurent inexpliqués, ou ne paraissent pas dûs à l'existence de lésions macroscopiquement décelables, le dyspeptique appendiculaire restant dyspeptique malgré l'ablation d'un appendice nettement malade.

La présence de lésions extensives, à point de départ appendiculaire, peut actuellement être souvent diagnostiquée cliniquement, grâce aux progrès

de la gastro-entérologie : elles sont souvent accessibles au traitement chirurgical. Dans les cas où il existe une présomption suffisante de l'existence d'une de ces lésions, l'exploration large, à l'occasion de l'appendicectomie est une conduite légitime, qui seule permet un traitement complet.

Les malades opérés doivent être longtemps suivis et traités médicalement. On ne perdra pas de vue leurs aptitudes pathologiques spéciales, et si la dyspepsie persiste, on songera à la possibilité de l'apparition tardive d'une lésion organique, telle que l'ulcus ou la cholécystite, et on s'efforcera de la prévenir par un traitement approprié.

Vu : le Président de la thèse
GUILLAIN

Vu : le Doyen.
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. APPELL

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- Aimé*. — Le radio-diagnostic de l'appendicite chronique (Soc. méd. Paris, 1920 n° 10).
- Antoine et Caspérin*. — L'hématologie dans le diagnostic des affections gastro-intestinales (Gaz. hôp., 1921, n° 1).
- Aubijoux*. — Les hémorragies gastro-intestinales dans la lithiase biliaire. Thèse Paris, 1923.
- Bérard et Vignard*. — L'appendicite. Masson, 1914.
- Binet (M.-E.)*. — Le syndrome clinique initial de la lithiase biliaire (Arch. mal. app. dig., 1921).
- Brûlé et Garban*. — Les hépatites et les cholécystites d'origine intestinale (Pr. méd., 3 mars 1921).
- Pænaru Caplesco*. — L'ictère chronique apyrétique appendiculaire (Ac. méd., 29 mars 1923).
- Carrié (P.-A.) et Keller*. — Le diagnostic des ulcères duodénaux par la méthode des radiographies rapides en série (Presse méd., 10 fév. 1923).
- Chaufard*. — Leçons sur la lithiase biliaire. Masson, 1914.
- Chiray*. — Les trois cholécystites chroniques (J. méd. fr., mai 1923).
- Chiray et Semelaigne*. — La cholécystite chronique non calculieuse (Presse méd., 12 août 1922).
- Descomps (P.)*. — Les appendicites sans péritonite. Le syndrome toxémique chronique (Paris méd., 1921, n° 34).
- Dieulafoy*. — Appendicite et cholécystite (Pr. se méd., juin 1903).
- Durand (G.) et Binet (M.-E.)*. — Appendicite et cholélithiase (Monde méd., 1^{er} juin 1922).
- Durand (G.) et Binet (M.-E.)*. — Les typhlo cholécystites chroniques (La méd. prat., 31 mars 1924).
- Durand (G.) et Nenours*. — La diathermothérapie (L'Hôpital, 1922, n° 73).
- Duval (P.)*. — L'ulcère de la petite courbure de l'estomac. Rapport au congrès de chir., 1920.
- Duval (P.) et Roux (J.-Ch.)*. — Arch. mal. app. dig., juin 1914, déc. 1920, avril 1923.
- Enriquez*. — Séquelles de l'appendicectomie (Acad. méd., 16 mars 1920 et J. méd. et chir. prat., 10 juin 1920).

- Enriquez, Binet (M.-E.) et Durand (G.)* — Les crises gastro-vésiculaires (Presse méd., 9 juil. 1921).
- Enriquez et Carrié.* — Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique (J. méd. fr., janv. 1923).
- Les données nouvelles sur le diagnostic de l'ulcère du duodénum (M. méd., 1^{er} août 1923).
- Enriquez et Durand (G.)* — Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum (R. au Cong. de Méd., 1922).
- Les ulcères de l'estomac et du duodénum. Masson, 1923.
- Les sténoses pyloriques frustes à forme gastralgique (Soc. méd. hôp., 23 mai 1913).
- La valeur sémiologique des douleurs tardives (Progr. méd., 25 juil. 1914).
- Le syndrome radioscopique gastro-iléal dans le pylorisme (Presse méd., 25 août 1920).
- Enriquez, Durand (G.) et Keller.* — Affections du carrefour sous-hépatique. Diagnostic par les radiographies en série (Soc. méd. Hôp., juillet 1922).
- Enriquez, Gutmann et Rouvière.* — La vagotonie appendiculaire (Soc. méd. Hôp., 16 déc. 1921).
- Ewald.* — Ulcère duodénal et dyspepsie appendiculaire (The brit. med. journ., 19 février 1910).
- Fenwick.* — Valeur clinique de l'hypersécrétion gastrique et de ses rapports avec une affection latente de l'appendice (The Lancet, 18 mars 1910).
- Flandrin.* — Complications de l'appendicite chronique et séquelles de l'appendicectomie. Th. Paris, 1922.
- Foucault et Salignat.* — Dyspepsie appendiculaire (Presse méd. mai 1907).
- Frilet.* — Coexistence d'appendicite et cholécystite (cholécysto-appendicite). Th. Lyon, 1910-1911.
- Gibson.* — Amer. Jour. of. the méd. Science, 5 mai 1920.
- Girou.* — De l'appendicite chronique pure. Th. Paris, 1912 1913.
- Goursolas.* — Formes dyspeptiques de l'appendicite. Th. Lyon, 1913.
- Graham et Guthrie.* — Le type dyspeptique de l'appendicite chronique. Son diagnostic différentiel (J. of. the Amer. méd. Assoc., 1910, n° 12).
- Grégoire.* — Dilatation douloureuse du colon droit et appendicite chronique (Arch. mal. t. dig., 1920, n° 8).
- Gutmann.* — Les formes à surprise de l'appendicite chronique. Th. Paris, 1911.
- L'examen clinique d'une appendicite (L'Hôpital, 1922, n° 71).

- Haller.* — Des épiploïtes chroniques en rapport avec l'appendicite et la colite chroniques. Th. Paris, 1912.
- Haym.* — L'examen radiologique dans le diagnostic de l'appendicite chronique. Th. Nancy, 1920.
- Jaisson.* — Etude radiologique de l'appendice dans l'appendicite chronique (Jour. de radiologie, juin 1921).
- Lance.* — La dyspepsie appendiculaire (Gaz. hôp., 3-6 septembre 1900).
- Laroche (G.) Brodin et Ronneaux.* — Etude critique de l'appendicite chronique. Importance de l'examen radioscopique (Presse méd., 8 avril 1922).
- Laroche (G.) et Ronneaux (G.).* — La radiologie des voies biliaires (J. méd. fr., mai 1923).
- Leclerc.* — Ulcère duodénal et appendicite chronique. Th. Paris, 1915-1916.
- Legendre.* — Syndrome cholélithiasique et appendiculaire (J. Praticiens, 17 mars 1906).
- Libert.* — Le tubage duodénal. Th. Paris, 1924.
- Læper et Forestier.* — L'estomac des biliaires (J. méd. fr., août 1920).
- Læper et Marchal.* — Le diagnostic topographique des ulcères de l'estomac (J. méd. fr., janvier 1923).
- De Luna.* — Les syndromes duodénaux. Etude clinique et radiologique (Marseille méd., juillet-août 1921).
- Longuet.* — La dyspepsie appendiculaire et son traitement (Sem. méd., 1922, n° 23).
- Mahnert.* — Appendicite et ulcère d'estomac (Mitteil. aus den Genzeb. der med. u. Chir., 1907, XVIII-3)
- Mangeret (Mlle.).* — Th. Paris, 1912.
- Martel (de) et Antoine.* — Les fausses appendicites. Masson, 1922.
- Masson (P.).* — Les lésions du plexus nerveux périglandulaire dans l'appendicite chronique (Soc. méd. hôp., 16 juin 1922).
- Mathieu (A) et Roux (J. Ch.).* — Pathologie gastro-intestinale. 4^e éd., 1923.
- Montais.* — Contr. à l'ét. de l'appendicite chronique d'emblée (phénomènes dyspeptiques) Thèse Paris, 1900.
- Mougeolle.* — Etude radiologique de l'appendicite. Thèse Nancy, 1922.
- Moutier et Maingot.* — Diagnostic de l'ulcère duodénal. Etude critique (J. méd. fr., janv. 1923).
- Moyrihan.* — Remarques sur la dyspepsie appendiculaire (The Brit. méd. Journ., 29 janv. 1910).
- Oddo, de Luna, J. Oddo.* — Des sympathèses entéro-hépatiques et hépato-intestinales (Gaz. hôp., 1924 nos 2 et 4)
- Parturier et Vasselle.* — L'ulcère duodénal vrai non compliqué.

- Etude clinique et radiologique (Progr. méd., 2 oct. 1921).
- Paterson.* — Gastralgie appendiculaire (The lancet, 12 mars 1910-14 janv. 1911).
- Pollart.* — Transport à distance d'éléments pathogènes par l'épiploon (Bruxelles. Méd., 1921, n° 9).
- Ramond (F.).* — La douleur appendiculaire au cours de la lithiase biliaire (Le méd. français., 1^{er} juin 1921).
- Ramond (F.) et Jacquelin.* — Manuel de radioscopie gastro-duodénale. Cussac, 1923.
- Ramond (F.) et Parturier.* — Les points douloureux du carrefour sous-hépatique et la ptose duodénale (Presse méd., 18 avril 1923).
- Rastouil.* — Appendicite chronique. Thèse Paris, 1901.
- Riou.* — Thèse Paris, 1908.
- Rosenow.* — Journ. de gynécol. et d'obstétrique, juillet 1921.
- Rouvière.* — Contr. à l'ét. des réactions du pneumogastrique dans l'appendicite chronique. Thèse Paris, 1921.
- Salloz, Cramer et Moppert.* — Eléments de diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum (XVI^e Congr. fr. de méd., 1922).
- Stanmore-Bishop.* — Corrélation et distinction entre certains signes dans les affections abdominales, sur 124 opérations pour ulcère du duodénum et pour ulcère gastrique, et 110 pour appendicite (The Brit. Méd. J., 4 mai 1912).
- Thevenin.* — Syndrome cholécystique et phénomènes appendiculaires. Th. Paris, 1905.
- Tripier et Paviot.* — Péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire (Encycl. Léauté, 1903).
- Tuffier et Marcland.* — Les lésions appendiculaires dans les autopsies banales (Presse méd., 10 sept. 1902).
- Walther et Silhol.* — Rapport au XXIV^e Congrès de Chirurgie, 1911.

Au moment où nous mettons sous presse, paraît un important article de *G. Faroy, J. Buemann et A. Lemaire*. L'appendicite chronique, ses complications, son traitement (J. Méd. français, avril 1924) où sont rapportés des faits analogues à ceux qui forment le sujet de cette thèse.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

TABLEAU CLINIQUE

I. — Appendicite chronique à syndrome gastrique.....	11
II. — Séquelles d'appendicectomie à syndrome gastrique..	50

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE DIAGNOSTIQUE ET CRITIQUE

I. — Diagnostic avec l'ulcus. Appendicite chronique et ulcus.....	62
II. — Diagnostic avec la cholécystite. Appendiculo-cholécystite.....	75
III. — Diagnostic de la péri-appendicite (périviscérite, épiploïte).....	86
IV. — Constatations opératoires et résultats cliniques....	95
V. — Indications thérapeutiques.....	110
OBSERVATIONS.....	116
CONCLUSIONS.....	193
INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.....	195

